

علم النفس الفسيولوجي

دكتور عباس محمد عوض
أستاذ ورئيس قسم علم النفس
كلية الآداب - جامعة الإسكندرية

دار المعرفة الجامعية

ع. من سوتير - الأزاريطة - ت ٢١٣٠١٦٣

٣٨٧ ش. قتال المرسى - السكهة - ت ٥٩٧٣١٢٦



Bibliotheca Alexandrina



0095226

علم النفس الفسيولوجى

دكتور عباس محمود عوض

أستاذ ورئيس قسم علم النفس

كلية الآداب - جامعة الإسكندرية



المعرفة الجامعية

١٩٩٩

بسم الله الرحمن الرحيم
(وعلمك ما لم تكن تعلم)

صدق الله العظيم

مقدمة

استهدفنا من إعداد هذه الموضوعات التي تشكل جانباً هاماً في بناء علم النفس الفسيولوجي أن نحقق هدفين أساسيين متناسقين، الأول إتاحة الفرصة للقارئ أن يتبين ويعرف عن يقين أن المعرفة الفسيولوجية إنما هي طريق حتمى لفهم أوسع لطبيعة السلوك، سواء أكان سلوكاً إنسانياً أو سلوكاً حيوانياً. الأمر الذى يتيح له الفرصة فى أن يتنبأ بالسلوك ومن المقدرة على تعديل هذا السلوك أو تحويره، شريطة الفهم الجيد للموضوعات المطروحة فى مجال علم النفس الفسيولوجي والإدراك الواعى لمناهج البحث العلمى المستخدم فى مجال هذا الفرع من العلم. فالأمر المستهدف ليس شحن عقل القارئ بمعلومات حول النبضات أو السيللات العصبية، والأفعال المنعكسة، والتشريح، وفسيولوجيا الجهاز العصبى. إنما الموضوع أبعد من هذا وهو تحقيق الهدف الثانى ألا وهو تحقيق القدرة على استخدام هذه المعلومات المستقاة فى تحليل الظاهرة السلوكية فى ضوء الحقائق الفسيولوجية لنبسطة نسق تكوينها لتتكامل معرفتنا بها وإن أردنا إعادة تشكيلها فإن منهج التركيب يساعدنا على ذلك. إذا نحن نستخدم المعرفة الفسيولوجية والمنهج المستخدم فى مجال علم النفس الفسيولوجي لتتضح لنا الصورة الحقيقية للسلوك ومن ثم الفهم الجلى الواضح.

وفى ضوء هذا جاءت الموضوعات التى تعرض فى هذا الكتاب فتناولنا مناهج البحث فى علم النفس الفسيولوجي والعوامل البيولوجية والفسيولوجية المساهمة فى بناء الشخصية وعرضنا للجهاز العصبى وحللنا السلوك وطللنا على كيفية التركيب التطورى للسلوك والانفعال والنشاطات النفسية الفسيولوجية ثم تناولنا ما يصيب الشخصية من عطب ويبدو فى بعض

الأمراض ذات الأصل الفسيولوجي والتأثيرات النفسية والفسيولوجية. وعرضا للعوامل الكامنة وراء الصرع والتخلف العقلي وانهينا عرضنا بالتأثيرات النفسية والفسيولوجية للعقاقير الطبية ودورها في السلوك. ولقد جاء هذا كله بأسلوب لا يجافي العقل ولا ينقص من قدر المعلومة العلمية ولا يفزع من كان اتجاهه الأدبي هو السائد.

والله من وراء القصد وهو يهتدي السبيل والحمد لله رب العالمين.
ونقول: ربنا أمانا بما أنزلت واتبعنا الرسول فإكتبنا مع الشاهدين، ومكروا ومكر الله والله خير الماكرين. وسلام على عباده الذين اصطفى.

عباس محمود عوض

الفصل الأول

مناهج البحث في علم النفس الفسيولوجى

- المنهج التجريبي
- المنهج التحليلي
- مناهج التركيب
 - أ- منهج التركيب المباشر
 - ب- منهج التركيب بعد التجزئ
 - ج- منهج التركيب بالنموذج
 - د- منهج التركيب بالتبؤ

الفصل الأول

مناهج البحث في علم النفس الفسيولوجي

المنهج التجريبي:

يستخدم العلماء النفسيون الفسيولوجيون المنهج التجريبي في دراساتهم ذلك أنه يبدؤون بالظاهرة السلوكية التي يرغبون في فهمها. فعلى سبيل المثال، فإن الألمان أثناء الحرب العالمية قد لاحظوا أن هناك عدداً من الجنود يعانون من صعوبة الرؤية الليلية أى ما يسمى بالعشى الليلي. وأن كثيراً من العلماء قد أرجعوا هذا إلى أن السبب الكامن وراء هذه الظاهرة هو أن غذاء هؤلاء الجنود يفتقر إلى فيتامين (A).

وحيث أن جوهر المنهج التجريبي هو المقارنة لذلك فلقد حدد علماء النفس الفسيولوجيون خطواتهم في ضوء إذا ما كان فيتامين (A) يساعدنا على الرؤية الأحسن في الليل فعلياً أن نقارن الرؤية الليلية للأفراد الذين يتناولون أغذية غنية بفيتامين (A) مع هؤلاء الذين يتناولون أطعمة ينقصها فيتامين (A). وإذا كانت كل العوامل التي قد تؤثر في الرؤية متساوية في الكل من المجموعتين فإن الأفراد الذين يتناولون فيتامين (A) سيرون في الظلام بطريقة أفضل من هؤلاء الذين ينقص غذاءهم فيتامين (A). وقد نتظر حتى يصادفنا بعض الأفراد الذين يحدث لهم هذا دوماً، ولكن منهج الملاحظة لن يكون بوضوح مضبوطاً ومباشراً مثل المنهج التجريبي الذي أوجد الفرق الوحيد وثيق الصلة بنظام التغذية. لهذا فإن الخطوة الأولية هو إيجاد الظاهرة

المترجم: الأسامي يتصرف:

(1) Philip Teitelbaum, Physiological Psychology, pp. 3 - 12.

تجريبياً فى المعمل حيث نستطيع أن نضبط كل ظروف التجربة، وإذا كان الأمر غير ميسر أن نجربه على الإنسان فالبديل أماناً هو الحيوان على شرط أن تتوافر الظاهرة عند الحيوان كما تبدو فى السلوك الإنسانى- فنحن يمكن لنا أن نوجد العمى عند الفئران كما هو عند الإنسان ذلك بأن نسمح بغذاء للفئران يفتقر لفيتامين (A).

— المنهج التحليلي:

والمنهج التجريبي لا يمكننا فقط من إيجاد الشروط وثيقة الصلة بالظاهرة التي نريد دراستها، ولكنه أيضاً يسمح لنا باستخدام منهج التحليل والذي يعتبر وسيلة فعالة للتبسيط ومن ثم للفهم. حيث إننا فى عملية التحليل نتناول الظاهرة فى ضوء فحص وتمحيص كل ما هو غير ضرورى للظاهرة فنستبعده ويتبقى لدينا نسق بسيط نعمل فيه لتكشف عن المتغيرات التي تحدث الظاهرة.

والفكرة الأساسية إذاً هو أنه إذا كانت نفس الظاهرة بملامحها الأساسية مازالت قائمة فى هذا النظام الأبسط الذى توصلنا إليه بعد استبعاد ما هو غير ضرورى بعد التمحيص. عندئذ فإننا نستطيع أن نقرر أن الظاهرة مازالت تتضمن المتغيرات وثيقة الصلة بها وأن قليلاً من التأثيرات غير جوهرية. وعلى هذا فإن العناصر الأساسية سوف تكون بلاشك بارزة بوضوح.

وفى ضوء ما تقدم فإننا نستطيع استخدام قواعد منهج التحليل ليس فقط كطريقة لإجراء البحث التجريبي، ولكن أيضاً كطريقة للبحث عن الفهم ولتوضيح أفكارنا، وأن هذا هو جوهر المنهج الأساسى لعلم النفس الفسيولوجي.

ولكى نفهم بوضوح ظاهرة الرؤية الليلية، فعدينا أن نحاول وصفها بدقة

من الناحية السيكوفيزيكية، حيث أن هذا فرع من فروع علم النفس مكرس للقياس الدقيق للعلاقة بين مثير خارجي وإدراكنا له. ولقد خلصنا إلى أن مقدرتنا على الرؤية في الظلام تزيد بطول مدة بقائنا في الظلام. وأن العتبة المطلقة^(١)، وهذه نعني بها شدة الضوء الأبيض التي نستطيع بالكاد أن نراها في الظلمة، وهي مقياس لحساسيتنا للضوء. وأن عين الراصد هي الأكثر حساسية والعتبة هي الأدنى. وعند بقاء الفرد في الظلمة فإن العتبة يمكن أن تقل بدرجة ألف ضعف، من (١٠٠,٠٠٠) إلى (١٠) وحدة كثافة ضوئية وأن عملية التكيف للضوء تتم بالضرورة بعد (٤٥) دقيقة.

ولكن كيف يمكن لنا استخدام منهج التحليل لفهم الظاهرة؟ وهل نستطيع أن نسط جهاز الرؤية المتضمن في الرؤية الليلية البشرية؟ عندما يقرر الراصد أنه قد رأى ضوءاً فإنه يستخدم جهاز رؤياه الكلى، وأن أعضاء الاستقبال الحسية في شبكيته تستثار بالضوء وترسل المعلومات من خلال الأعصاب البصرية إلى جهاز الرؤية في المخ. والعملية المعقدة تتلو إختزان المعلومات والمقارنة بالتجارب البصرية السابقة، والقرار المتعلق بالضوء الذي شوهد. والحكم ينبغى أن يكون معلناً قبل أن نعلم أن المفحوص قد رأى الضوء بالفعل. والجزء الأبسط في جهاز الرؤية بطبيعة الحال عضو الاستقبال الشبكي. وإذا استطعنا قياس إستجابة عضو الاستقبال الحسى المفرد للضوء فإننا نستطيع أن نحدد ما إذا كان هذا يصبح أكثر حساسية للضوء بطول المدة التي يبقى فيها في الظلمة. فإذا كان الأمر كذلك، وإذا كان منحى التكيف للظلام لعضو الإستقبال الحسى المفرد صنوا لحكم الراصد فإننا

(1) Absolute threshold,

العتبة المطلقة إذا قل عنها المثير الحسى ينلمم تأثيره على المترك.
(*) والعتبة تقاس بالكثافة الضوئية، وهذه وحدة لشدة الضوء.

نعتبر هذا أمراً مفروغاً منه وأن كل المتغيرات الضرورية لحدوث ظاهرة التكيف للظلام موجودة فى الكيمياء الضوئى والعملية العصبية للإستشارة لعضو الاستقبال بواسطة الضوء. وإذا لم يكن فعندئذ ينبغى علينا إذا أردنا أن ندرس ظاهرة التكيف للظلام أن نضيف شيئاً للجهاز البصرى.

ونحن باستخدامنا لمنهج التحليل قد استطعنا عزل المتغيرات وثيقة الصلة التى تعمل على زيادة حساسيتنا للضوء فى الظلام. وإن كان هناك من السيكلوجين من الطلبة والمتخصصين من يشك فى قيمة علم النفس الفسيولوجى بدعوى أنه لايساعدهم على التنبؤ بالسلوك فإن الحقيقة الغائبة عن أذهانهم أنهم لا يستطيعون أن يستفيدوا مما يمدهم به علم النفس الفسيولوجى من حقائق ليثروا مما يعرفون فى تطبيقه على السلوك ولهذا فإنهم محبطون. وفى الواقع فإن تقدمهم صادق، ذلك أنهم يشعرون بالحاجة إلى التركيب Synthesis، ولكن هذا غالباً ما يكون ناقصاً. ذلك أن المعلومات الفسيولوجية نادرأ ما تستخدم فى علم النفس للتوقع وضبط السلوك، وعندما تستخدم، فغالباً ما يكون استخدامها بدون دقة. إننا لاشك نفهم الأشياء بطريق أفضل عندما نحللها ونبسطها، ذلك أن عناصرها بهذا تصبح مألوفة لنا. ولكن المشكلة أن العناصر التى تشتق من ظاهرة غالباً ما تستخدم بطريقة غير دقيقة عن استخدام أسلوب القياس أو التناظر لشرحها ذلك أن الظواهر الأخرى غير ملائمة.

ومن نظرية التعلم الشرطى الكلاسيكى لباقلوف نعرف أن كثيراً من الأفعال المنعكسة البسيطة يمكن أن تستدعى عن طريق مشيرات جديدة ذلك بإقترانها بمثيرات منعكسة غير شرطية والتى عادة ما تستثير أو تستدعى هذه الأفعال المنعكسة. وكثير متأ يستخلص أن هذه الأفعال المنعكسة الشرطية العناصر التى يؤدى تفاعلها إلى أن ينجم عنها أشكال مركبة من التعلم

والتفكير. وكمبدأ عام، فإن التعلم ككل، يمكن أن يفهم كسلسلة معقدة منتظمة من الأفعال المنعكسة الشرطية. ولسنوات طويلة فإن سلسلة طويلة من المحاولات النظرية المعقدة قد قامت لتفسر ظاهرة التعلم السلوكي، ولكنها قد أصبحت ذات فائدة ضئيلة عند التنبؤ بظواهر جديدة في التعلم خاصة عندما طبقت على التفكير الأكثر تجريداً وعلى عملية الاستدلال.

وينبغي علينا من الناحية العملية أن نقوم بإختبار فهمنا كى نتأكد من كونه صحيحاً. والإختبار لكل تحليل هو تركيب. وإذا كانت كل العناصر الفسيولوجية للسلوك تشرح هذا السلوك بحق، فإننا نستطيع أن ندمج العناصر بطرق مختلفة وبكميات مختلفة لينجم عنها إما أشكال مختلفة من السلوك أو ظواهر لم ندرکها عندما تحددت بهذه العناصر. وحتى نتأكد من حسن تحليلنا ينبغي علينا فى ضوء المبادئ الفسيولوجية الأساسية أن نتنبأ بتأثير كثير من صفات أشكال السلوك التى لم تختبر حتى الآن. وإذا ما تم لنا هذا فمئذ نستطيع أن نتأكد من تحليلنا لكى نكون على صواب.

— مناهج التركيب:

هناك أربع تكتيكات للتركيب هى:

١- التركيب المباشر، وهى طريقة تستخدم غالباً فى المجال الكيميائى، فإذا رغب الكيميائى فى أن يحدد طبيعة مادة غير معروفة لديه فإنه يقوم بتحليلها إلى عناصرها الأساسية، وعند التحقق من سلامة التحليل، فإنه يستطيع عندئذ أن يركب المادة الأصلية بأخذ المكونات الجزئية من مصادر مختلفة تماماً ووضعها معاً تحت ظروف بيئية مناسبة.

٢- التركيب بعد التجزئ، وهذه الطريقة تسمى أيضاً بالتجربة العكسية وخير مثال لهذه الطريقة ما اكتشفه كلود برنار الفسيولوجى الفرنسى

عندما استأصل بنكرياس بعض الأرانب هزلت ثم ماتت. اوبعد زرع بنكرياس آخر مختلف للأرنب المستئصل بنكرياسه فى أى مكان من جسمه، فإنه يعيش بطريقة عادية.

٣- التركيب بالنموذج:

يمكن لنا أن نختبر فهمنا لظاهرة ما عن طريق تكوين نموذج. وفى هذا النموذج نقوم ببناء العناصر التى نعتقد أنها ذات أهمية وأيضاً مفهومنا عن كيفية تفاعل هذه العناصر لينجم عنها تلك الظاهرة. وبعض هذه النماذج قد تكون نظرية بحتة، كما فى النماذج الحسائية لسلوك التعلم، والتى بها، بعد تحليلها نظرياً، نستطيع أن نسلم بالعناصر الضرورية والعمليات المتضمنة، وبهذه الطريقة يمكن لنا وصفها وصفاً كمياً. وهكذا فى مواقف بسيطة والتى هى بقدر كاف يمكن أن نتناولها حسابياً، فنحاول أن نتنبأ كيف أن السلوك سيتغير كيفما نعالج المتغيرات.

٤- التركيب بالتنبؤ:

وإذا حللنا بدقة عناصر سلوك معين، فينبغى أن نكون قادرين على التنبؤ بأى المتغيرات التى ستتحكم فيه، والطريقة التى بها سيتغير هذا السلوك كنتيجة لمعالجة هذه المتغيرات تجريبياً. ويعتبر هذا الإختبار التجريبى هو الأكثر شيوعاً فى منهج التحليل بالتركيب.

استخدام تكتيكات متعددة لقياس الشئ الواحد:

نحن نعتزف جميعاً بأن أفكارنا تتغير. وعلى الرغم من كوننا نحسن استخدام المنهج التجريبى للبحث عن الحقائق إلا أن ما نعتقد فيه بقوة اليوم قد نستبعده تماماً فى الغد القريب. وهذا هو تاريخ نمو معرفتنا وسوف يكون هو نفسه فى المستقبل. والسبب فى هذا أحرى بأن تفسره لنا القصة القديمة

الشرقية الموحية التي تخكى قصة ستة أشخاص فاقدين للبصر قد قابلوا «فيلاً» للمرة الأولى. فالشخص الأول عندما تحسس جانب الفيل صاح قائلاً إنه يشبه الحائط. وعندما أمسك الشخص الثاني بناب الفيل فقد قال هذا رمح. أما الثالث فعند ملامسته لخرطوم الفيل فقد قال هذا ثعبان. أما الرابع فقد شعر عندما تحسس ركبة الفيل أنها شجرة. فى حين أن الخامس عندما أمسك بأذن الفيل فقد قال عنها أنها مروحة. وعندما أمسك السادس بذيل الفيل قال أنه يشبه الحبل. والخلاصة هو أننا كلنا كبشر فاقدين لأبصارنا فى مواجهة العلم نحاول جاهدين معرفة المجهول. وقد تتعثر خطانا أمام الحقيقة ولكن وجهة نظرنا تعتمد أساساً على التكنيك الذى نستخدمه لاكتشافها ومن ثم نقيسها.

وبوضوح الأمر الفسيولوجى الشهير «بيير فلورنس» بأن كل شئ فى البحث التجريبي يعتمد على المنهج لهذا فإن المنهج هو الذى يعطى النتائج. لذلك فإن المنهج العلمى الصارم المحدد يؤدى إلى نتائج دقيقة، والمنهج الغامض لا يؤدى إلى شئ سوى إلى نتائج مشوشة، فمثلاً فى القصة الرمزية لفاقدى البصر تجعلننا نشعر بأن النتيجة العلمية يمكن أن تفسر بطريقة مختلفة إذا كنا قد كشفنا عن مظهر آخر لنفس الظاهرة ولكن بمنهج مختلف.

ولكى نرى كيف يكون المنهج العلمى فلقد أقر العالم الباحث الحاصل على جائزة نوبل عام ١٩٦١ فى علم الفسيولوجى والطب وهو «جورج فون بكيزى» فى إجابته عن سؤال موجه إليه عن كيفية تغلبه على المشكلة المعاصرة لطبيعة البحث العلمى، بأنه لا ينشر أية نتيجة يصل إليها فى أى بحث يقوم به إلا بعد أن يقيس الظاهرة موضوع البحث خمس مرات على الأقل وبمناهج مختلفة. ولاشك أن هذه طريقة جيدة لإجراء البحث العلمى

وهى أيضاً طريقة مثلى لتقييم حقيقة علمية. ويمكن لنا أن نسأل لماذا يستنفذ العلماء وقتهم فى تنمية تكتيكات علمية جديدة لقياس نفس الشيء. الحقيقة هو أننا إذا استطعنا أن نبني معتقداتنا حول الأسس الفسيولوجية للسلوك على حقائق تكون قد محصت بتكتيكات متعددة، فإننا نستطيع أن نقرر بكل ثقة، أن هذا الإجراء أساسياً هو الذى ينبغي أن يكون لتصحيح أسلوب استخدامنا المنهج التجريبي فى علم النفس الفسيولوجي.

الفصل الثاني

العوامل البيولوجية والفسولوجية المساهمة في بناء الشخصية

- علم النفس الفسيولوجي.
- الغدد الصماء والشخصية:
 - غدد قنوية
 - غدد لا قنوية.
 - غدد مشتركة.
 - الغدة النخامية.
 - الغدة الدرقية.
 - الغدة جار الدرقية.
 - < الغدة الكظرية.
 - الغدد الجنسية.
 - البنكرياس.

الفصل الثانى

العوامل البيولوجية والفسىولوجية

المساهمة فى بناء الشخصية

علم النفس الفسىولوجى:

هناك رابطة وثيقة بين الجانب السيكولوجى عند الإنسان والنواحي الفسىولوجية فجسم الإنسان يعمل داخلياً على الاحتفاظ بحالة مستمرة من الإتزان هى التوازن الحيوى^(١)، فالحرارة والتغذية والأوكسجين مثلاً تنظم بطريقة أوتوماتيكية كى تحافظ على بقاء الإنسان الفرد وحياته. والإنسان من اعتمد عليه أن يشبع حاجات بيولوجية وفسىولوجية، كالحاجة إلى النوم، والحاجة إلى الطعام والماء، والحاجة إلى التخلص من فضلات جسمه، والإفراط أو التفریط فى هذه الأمور قد يؤدى بحياته، ذلك لما تسببه من نتائج شاذة وخطيرة. فنقص الأوكسجين قد يؤدى إلى تلف خطير فى المخ ذلك إلى جانب تغيرات مؤثرة فى الشخصية. وتراكم الفضلات فى الجسم يؤدى بالتأكيد إلى حدوث التسمم.

ويساعد على التوازن الحيوى فى جسم الإنسان الغدد الصماء والجهاز العصبى. والغدد الصماء، كما سنعرض بعد قليل مجموعة من الغدد تفرز مواد كيميائية فى مجرى الدم. ثم تحمل هذه النواتج الكيميائية إلى أعضاء معينة فى الجسم لتزيد أو تؤخر وظائف معينة.

أما الجهاز العصبى فهو شبكة من النسيج العصبى معقدة تشتمل المخ

(1) Homeostasis.

والنخاع الشوكى وعدد من الألياف المنتشرة فى الجسم عددها :
على الحصر.

والغدد الصماء تؤثر فى نمو الجهاز العصبى فى فترة مبكرة
الفرد، إلا أن الجهاز العصبى فى آخر الأمر هو الذى تكون له الق
توجيه الغدد كما أنه يكون المسئول عن تكامل العمليات التى
الإحتفاظ بالتوازن الحيوى الذى يحفظ علينا حياتنا وتوازن شخصيا
وعقلنا من التخلف أو التدهور.

ولقد قام علم النفس الفسيولوجى ليدرس العلاقة بين أجه
الإنسانى المختلفة، والنشاط السيكلوجى للإنسان، ومن ثم أثر ال
على الجسم. وهو فى الوقت نفسه يقدم الحقائق الفسيولوجية لل
ناحية أخرى يقوم بتفسير أنواع السلوك التى لانفهم إلا فى ضوء ا.
للسلوك الإنسانى.

فإذا كان علم النفس العام يتناول السلوك من حيث أنه
الإنسان ككل وأن هذا السلوك ليس عملاً فسيولوجياً فقط إنما
سيكلوجيا أيضاً وأن له إلى جانب هذا دلالة إنسانية من حيث
بين الفرد وغيره. فالسلوك الإنسانى يتضمن الظاهرة الفسيولوجية .
الظاهرة السيكلوجية.

فعلم النفس الفسيولوجى إذا يؤكد وحدة الإنسان النفسية وال
فرغم أن الظاهرة النفسية شئ مختلف عن الظاهرة الفسيولوجية ف
الإنسانى لاتنفرد بالتأثير فيه العوامل البيئية فقط بل للعوامل الفسي
فيه أيضاً .. فالإنسان وحدة بيولوجية سيكلوجية.

ويبدو دائماً السلوك الإنسانى معقداً لايمكن التنبؤ به. وشذ

أن يروع أو يهرب ذلك لشدة غرابته، ولأننا نجد استحالة السيطرة عليه أو فهمه، وإذا استطعنا تجزئة السلوك المعقد إلى أجزاء بسيطة مؤتلفة، مستمدة من خبراتنا السابقة والتي يمكن معرفة هويتها بسهولة فى مواقف كثيرة وتخضع لمتغيرات نستطيع معرفتها ومعالجتها أو التأثير فيها، وعندئذ نستطيع التنبؤ بالسلوك والتحكم فيه، وعند هذا يمكن لنا فهمه.

والطفل يحاول أن يفهم كيف تعمل الساعة شيعين فى وقت واحد، فيعمل على أن يفك أجزائها ثم يجمعها مرة ثانية. وإذا استطاع أن يفهم، كيف تعمل التروس والريش والسقاطات^(١) والزمبركات معاً. لتحدث الحركة، وإذا تمكن من إعادة تركيب أجزائها مرة ثانية، فإن الساعة سوف تعود لتشير إلى الوقت بدقة مرة أخرى، وعلى هذا فإنه يفهم كيف تعمل هذه الآلة الميكانيكية، وهاتان الخطوتان هما الوسيلة الأساسية لعلم النفس الفسيولوجى لتناول السلوك الإنسانى وفهمه.

فنحن نحلل السلوك الإنسانى أى نقسمه إلى عناصره الأولية ثم نعيد تركيبه ليحدث السلوك الأصلى.

فعلّم النفس الفسيولوجى عندئذ. إن هو إلا منهج لتناول السلوك الإنسانى وفهمه كمجموع عناصر تتحدد وظيفية ونظام الجهاز العصبى ومن ثم ظاهرة السلوك الإنسانى.

أولاً: الغدد الصماء والشخصية: Endocrine Glands And Personality

الغدد الصماء هى أعضاء صغيرة منتشرة فى جسم الإنسان تفرز تكوينات هرمونية وانزيمات تلعب دوراً هاماً فى حياة الإنسان وفى نشاطه وحيويته بل وهى التى تقرر الشكل الذى يتخذه الجسم وتتخذ شخصية الفرد

(1) Ratchets.

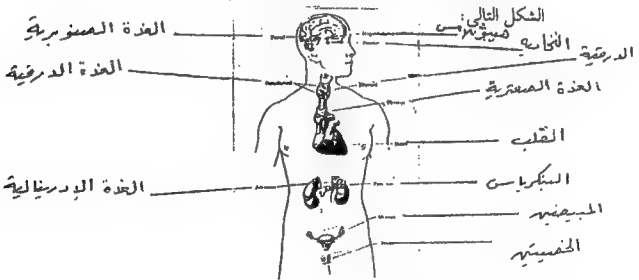
ب- غدة لاقنوية:

وهذه ليست لها قنوات خارجية، وتسمى بالغدة الصماء، وهي تصب إفرازها مباشرة في الدم، وتتميز هذه الغدة بكثرة الأوعية الدموية والشعيرية وقلة كمية إفرازها، وإفرازها يسمى بالهرمون وهي مواد كيميائية معقدة التركيب وذات تأثير شديد في نمو الجسم وعمليات الهدم والبناء^(١)، والنمو العقلي، والسلوك الانفعالي ونمو الخصائص الجنسية الثانوية، وتحقيق التكامل الكيميائي.

ج- غدة مشتركة:

وهذه الغدة تفرز داخلياً وخارجياً كالبنكرياس الذي يؤدي إفرازه الخارجى دوراً في عمليات التمثيل والهضم ويستخدم هرمون الأنسولين الذي يفرزه في علاج مرضى البول السكرى والغدة الجنسية التي تكون الخلايا التناسلية عند الذكر وعند الأنثى.

والغدة الصماء أو اللاقنوية كثيرة في الجسم نعرض لها ولكانها في



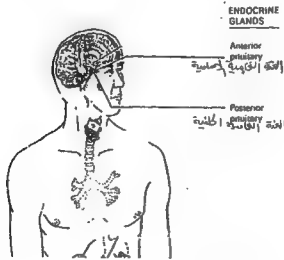
شكل (١) توزيع الغدد في مناطق الجسم

(1) Metabolism.

وهناك الغدد الصغرى الموجودة أمام التجويف الصدرى غير معروف وظيفتها وإن كان لها علاقة بالمناعة الذاتية ضد أى جسم خارجى، كذلك الغدة الصنوبرية لا تزال وظيفتها مجهولة. وهناك من يرى من الباحثين أن الغدة الصغرى والصنوبرية تحولان دون النضج الجنسى المبكر ذلك أنهما تضمران خلال مرحلة البلوغ، كذلك فإن الدراسات أثبتت أن أورام الغدة الصنوبرية تؤدى إلى النضج الجنسى المبكر.

الغدة النخامية:

توجد الغدة النخامية عند قاع المخ داخل تجويف عظمى وهذه الغدة تحتل مركز الصدارة بين الغدد الصماء لأنها تؤثر عليها جميعاً وتستحثها على إفراز هرموناتها وهى تتكون من ثلاثة فصوص: فص خلفى وفص متوسط وفص أمامى، والفص الخلفى والفص الأمامى منفصلين وظيفياً، أما الفص المتوسط فمن الأرجح أنه يعمل مع الفص الأمامى. وهرمون النخامين ضرورى جداً لرفع ضغط الدم فى أحوال خاصة لازمة كالصدمات العصبية.



شكل (٢) موقع الغدة النخامية فى المخ (الأمامية والخلفية)

والفص الأمامي للغدة النخامية يفرز أنواع خمسة من الهرمونات نعرض

لثلاثة منها:

١- هرمون النمو:

هذا الهرمون في حالة زيادته في الجسم في مرحلة الطفولة والمراهقة يؤدي إلى زيادة طول القامة إلى ما يقرب من ٢,٥ متر .. أى يؤدي إلى العملاقة، والمصاب بالعملاقة يكون عادة شارد الدهن عاجز عن تركيز أفكاره سريع الاستشارة. أما إذا قل الإفراز في هذه المرحلة فإنه يؤدي إلى القزمة^(١) والأقزام يتسم سلوكهم بالعدوانية كنوع من التعويض عن النقص الجسمي الذي يشعرون به.

وفي حالة زيادة الإفراز بعد مرحلة المراهقة ووصول الفرد إلى قامته الطبيعية فإن الأجزاء الغضروفية تستأنف عملية النمو فتتضخم الأنف والأذنين والفك الأسفل والقدمين وهذا ما يسمى بالأكروميغاليا^(٢)، والمصاب بهذا المرض تغلب عليه سمة الشجاعة والمبادأة والإقدام. ثم يصبح بطيئاً ينتابه إحساس بالأمومة حتى لو كان رجلاً وتختفى لديه الرغبة الجنسية.

(1) Infantilism.

(2) Acromegaly.



أفروموجالى عملاق طبيعى قزم

شكل (٣) تأثير هرمون النمو على طول الجسم

ب- هرمون الجونادوتروفين:

وهو يؤثر فى نمو الغدد الجنسية ونشاطها وفى إفراز الهرمونات الجنسية لدى الذكور والإناث.

ج- هرمون البرولاكتين:

هذا الهرمون منشط لإدرار اللبن من ثدى الأم. ويشارك هرمون النمو وهرمون الغدة الدرقية معه فى استمرار هذا الإدرار. ويلاحظ أنه أحياناً ما تسبب الأمراض النفسية والعقلية إدرار اللبن فى المرأة غير الحامل.

أما الفص الخلفى للغدة النخامية فيفرز نوعين فقط من الهرمونات أولهما يؤثر على ضغط الدم فيرفعه، والثانى يؤثر على الرحم فى النساء ويؤدى فى حالات الوضع إلى طرد الجنين خارج رحم الأم.

ونقص إفراز الفص الأمامى يؤدى إلى مرض سيموند وهو مرض يصيب كلاً من الجنسين على أن الفص الأمامى هذا يعتره ضمور ملحوظ يسبب

وإفراز هذه الغدة يؤثر فى عمليات الهدم والبناء فى الجسم وفى عمليات النمو ذلك أنه يدفع الجسم ناحية استهلاك الغذاء المختزن فى أنسجته. ويزداد حجم هذه الغدة أثناء البلوغ والحمل وفى فترة الحيض. وبعد انتهاء هذه الظروف تعود لحجمها الطبيعى. وهرمون الثيروتكسين الذى تفرزه هذه الغدة ضرورى لاستمرار النمو النفسى والجسمى السوى. ونقص الهرمون فى المراحل الأولى لعمر الطفل يؤدى إلى مرض القصاع^(١) كما يؤدى من الناحية السيكلوجية إلى توقف النمو العقلى بحيث لا يتجاوز ذكائه فيما بعد (٥٠) أى أنه يكون أقل من الأبله^(٢) ومن الناحية العاطفية تتبدل عاطفته ويتسم بعدم القدرة على كف الاندفاعات الغريزية. وأحياناً ما يكون الكسل وعدم القدرة على التركيز عند بعض التلاميذ ترجع إلى نقص الثيروتكسين، وقليل منه يساعد على سير عملية النمو سيراً طبيعياً.

وإذا أصيب الفرد بنقص فى إفراز هذه الغدة فى مرحلة الشباب فإنه يسبب ذهان الميكسودهما الذى يتشابه أحياناً مع الذهان الوجدانى والفصام وأحياناً أخرى مع العصاب ويكون له أعراض سيكلوجية وعقلية تسبق الأعراض الجسمية مثل:

بطء التفكير والهبوط الحركى وقلة الاستجابة للمنبهات الخارجية وعدم القدرة على التركيز والارهاق من أقل مجهود مع سرعة النسيان وصعوبة التذكر. وتظهر الأعراض الاكتئابية والذهاءات الخيالية فى حوالى ١٥ إلى ٣٠ ٪ من الحالات، وإذا تقدم المرض فإن المريض يصاب بحالة تدهور فى ذاكرته ونكوص سلوكه. ويغلب انتشار هذا المرض بين النساء عنه بين الرجال.

(1) Critinism.

(2) Imbecile.

كذلك فإن نقص الإفراز يؤدي إلى مرض البلهاء وهو يصيب الكبار والصغار، أما في حالة زيادة إفراز الغدة الدرقية، فإنه إلى جانب الأعراض الجسمية كزيادة ضغط الدم وقلة وزن الجسم وجحوظ العينين وكثرة العرق وارتعاش الأطراف يصاب المريض بالأرق وسرعة التهيج العصبي والتوتر الحركي والانفعال، وتكتنفه الوسواس ويصبح الشخص الهادئ عصبياً سريع التهيج.

وفي الحالات الشديدة يصاب الفرد أحياناً بنوبات من المرح تحت الحاد أو الاكتئاب الشديد أى نوبات وجدانية مصحوبة أحياناً بأعراض ذهانية.

على أنه قد لوحظ أن التوتر الانفعالي المقيم يؤدي إلى تضخم الغدة الدرقية وزيادة إفرازها، كذلك فإن الانهياط المزمن يؤدي إلى نقص في نشاط الغدة الدرقية.

الغدة جار الدرقية: Parathyroid Gland

هى غدة قابعة فى ثنايا الغدة الدرقية تتكون من أربعة فصوص كل اثنين فى ناحية .. وزيادة إفراز هذه الغدة يؤدي إلى أعراض جسمية ونفسية كظهور التعب الزائد والملل وقد يصل الأمر إلى حدوث حالة شبه اغمائية. أما انخفاض نسبة الكالسيوم فى الجسم نتيجة اضطراب الغدة فإنها تحول الشخص إلى إنسان ثائر ينفع لأتفه الأسباب. كذلك فإن استئصال هذه الغدة يؤدي إلى القلق والاكتئاب^(١) والملل^(٢) وأحياناً أعراض ذهانية حادة يصعب تفرقتها عن الذهان الوظيفي.

(1) Depression.

(2) Boredom.

الغدة الكظرية: (غدة فوق الكلية) Adrenal Gland

للإنسان الفرد كليتين، وفوق كل كلية غدة تسمى بالكظرية تتكون من عضوين: القشرة والنخاع وهما يختلفان وظيفياً وبنائياً.

فقشرة الغدة الإدرينالية تحيط بغدة النخاع، وترجع أهمية القشرة الإدرينالية في أنها تمكن الفرد من تحمل المؤثرات الجسمية والانفعالية التي تسببها البيئة المحيطة بالفرد فإذا واجه الإنسان خطراً ساعدته بزيادة إفرازها على تمكينه من منازلة عدوه حيوان كان أم إنسان. لذلك فإن الفرد في حالة مواجهته للخطر يبدو لونه مخطوفاً ذلك دلالة على زيادة إفراز الأدرينالين، ومن ثم ينتصب شعر رأسه وتتسع حدقة العين وتتحفظ عيناه وتبرزان للخارج، ويجف الحلق ويشعر الفرد بهبوط في جسمه ويزداد ضغط دمه وقد يصاب بحالة إسهال شديدة وآلام المعدة وأحياناً ما تسبب هذه الحالة حدوث قرحة في جدار المعدة.

واستئصال الغدة الأدرينالية كلها يسبب الموت، أما وإن أبقى على قشرة هذه الغدة واستئصل النخاع فإن الآثار رغم هذا لا تكون خطيرة. ولقد استأصل (كانون) الجزء النخاعي والجهاز العصبي السمبتاوي من بعض القطة فعاثت إلا أنها أصبحت أكثر أنانية وهذوياً واستكانة تبحث عن الدفء، كما اختفت لديها تدريجياً عاطفة الأمومة.

والقشرة تفرز ثلاثة أنواع من الهرمونات تعرف في مجموعها بالكورتين وهي:

أ- هرمون الكورتيزول والكورتيزون .. وزيادة إفراز هذا الهرمون يؤدي إلى أعراض الهوس والاكتئاب والفصام^(١) بل وتكون هناك بعض

(1) Mania, Depression, and Schizophrenia.

الهذاعات^(١) الاضطهادية الخيالية وأحياناً هلاوس سمعية أو بصرية هذا إلى جانب مرض كوشنج. ومادة الكورتيزون^(٢) تنظم عمليات التحول الغذائي للمواد السكرية.

أما في حالة نقص الإفراز فإنه يسبب مرض أديسون وضعف في الذاكرة. مع الخمول والاكتئاب والسلبية.

ب- هرمون الالدوستيرون^(٣) وهو المنظم لنسبة الماء والأملاح في الجسم وزيادة الهرمون تؤدي إلى مرض كون Conn's Disease.

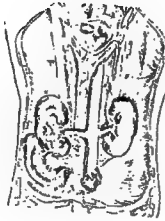
ج- هرمون الأندروجين .. وهذه هرمونات تشبه الهرمونات الجنسية، ولا تظهر آثارها إلا في حالات المرض ذلك عندما تصاب قشرة الغدة بالورم .. وعندما تزيد الإفرازات تؤدي إلى ظهور السمات الرجولية عند المرأة كتبث اللحية وتضخم الصوت. كذلك تضخم سمات الرجولة عند الأطفال الذكور. بل وتؤدي إلى التضخم الجنسي في سن مبكر جداً أي في سن الرابعة أو الخامسة .. ولاشك أن هذه تؤدي إلى ضروب السلوك الجنسي الشاذ ونقص الإفراز قد يؤدي إلى اختفاء الدافع الجنسي عند الذكور.

أما النخاع، فإنه يفرز هرمون الأدرينالين والذي له دور فعال في الحالات الاعنالية وزيادة إفراز الأدرينالين أو النورادينالين الذي يسبب ظهور أعراض قلق نفسى شديدة إلى جانب زيادة فى ضربات القلب وشحوب اللون وزيادة السكر فى الدم.

(1) Delusions.

(2) Cortison.

(3) Aldosterone.



شكل (٥) الغدة فوق الكلية (الكظرية)

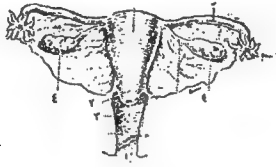
الغدد الجنسية : Sexual Glands

وهما المبيضان عند المرأة والخصيتان عند الرجل وهرمون الذكورة يؤثر إلى جانب تأثيراته الأخرى في النمو الانفعالي لدى المراهق ويقوى الدافع الجنسي لديه ويساهم في بروز السمات النفسية للرجولة. وهذا الهرمون يساعد في علاج الأطفال ضعاف النمو والنساء اللواتي يعانين من الضعف الجنسي. والضعف الجنسي عند الرجال قد يرجع إلى أسباب نفسية في غالب الأحيان.

والحقيقة أن الهرمونات الذكورية لها آثارها على الشخصية ففي دراسة قامت على مجموعة من الأغوات في الصين تبلغ عشرين فرداً تبين أن هؤلاء الأفراد يفتقرون إلى القدرة على تحمل المسئولية والإنطواء تنقصهم القوة الجسمية، يبدو عليهم البله والغباء وقلوبهم متحجرة رغم أنهم يتحدثون بخفة دم ولباقة وأغلبهم منحرف جنسياً.

(٥) الأغا هو الشخص الذى أفاد للخصيتين نتيجة لعملية جراحية تستهدف حرماته من قدرته الجنسية.

أما الهرمونات لدى الإناث فهي أيضاً تؤثر فى ظهور السمات الأنثوية النفسية والنمو النفسى الجنسى وتنشط الدافع الجنسى لدى الإناث. وفى حالة ضعف مبيض المرأة وقلة إفراز الهرمونات الجنسية تدخل المرأة سن اليأس فتنتابها حالة من الرجولة تدفع بها إلى الغرور والتهور فى السلوك ويرجع هذا النقص إلى إفراز الجزء القشرى فى الغدة فوق الكلية.



شكل (٦) الأعضاء التناسلية للمرأة

١- البوق.

٢- الرحم.

٣- فتحة الرحم للخارج (فى المهبل).

٤- المبيض.

٥- قناة فالوپيان

والمرأة تصاب قبل فترة الطمث الشهرى (الدورة الشهرية) بنوبات من التوتر والحساسية وسرعة البكاء والتهيج العصبى والاكتئاب مع الصداق والغثيان على أن هذا يحدث لحوالى (٤٠٪) فقط من النساء على أنه فى هذه الفترة تشعر المرأة بالرغبة فى النوم وزيادة الشهوة الجنسية لديها وهذا يرجع إلى أن هناك هرمون البروجسترون الذى يساعد على إعداد الرحم

وتهيئته أثناء الحمل وهرمون الاستيروجين (الاستيرين) ومصلره الحويصلة التي تحيط بالبويضة الناضجة بعد انفجارها. ويقال أن مادة الاستيرين تدفع المرأة إلى البحث عن الجنس، وأن مادة البروجسترون تدفعها إلى الاهتمام بالأولاد وبيتها وزوجها.

البنكرياس : Pancreas

البنكرياس من أهم الغدد الموجودة في جسم الإنسان، وهو يقع خلف المعدة وينتج نوعين من الإفرازات والخمائر، وهي تكون عصارة هاضمة هي عصارة البنكرياس. ولا يقتصر عمل البنكرياس على إفراز هذه الخمائر الهاضمة فقط بل هو يفرز هرمون الأنسولين.

وزيادة إفراز البنكرياس تؤدي إلى هبوط سريع في نسبة السكر بالدم، الأمر الذي يسبب شعوراً بالجوع الشديد والإحساس بالتعب، وصعوبة المشي واستحالة أداء الحركات الدقيقة كذلك سرعة الاستثارة^(١) والشعور بالهم والقلق إلى جانب الشرود والتصرفات الهستيرية .. وأحياناً ما تسبب زيادة الإفراز - فقدان الفرد لسيطرته على نفسه مع شعوره بغشاوة وترنح في السير وقد يسقط فاقدًا الوعي ويذهب في غيبوبة حتى يموت.

(1) Exitment.

الفصل الثالث

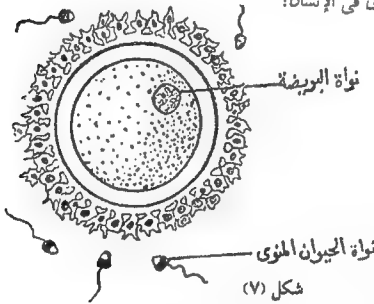
الجهاز العصبي

- الجهاز العصبي.
- الجهاز العصبي لدى اللافقریات.
- مكونات الجهاز العصبي.
- الخلايا العصبية والتيار العصبي.
- الفعل المنعكس.
- تطور الجهاز العصبي لدى الفقريات.
- تطور الدماغ.
- الفعل المنعكس والحبل الشوكي.
- الجهاز العصبي اللا إرادی.
- المخ.
- مكونات المخ.
- الانفعال والمخ.
- المخ والدافعية.
- مناطق الارتباط.

الفصل الثانى

الجهاز العصبى

عندما يلقح الحيوان المنوى البويضة الأنثوية تأخذ الخلية الملقحة (الزيجوت) فى الانقسام والتكاثر لتكون أنواع الخلايا المتميزة لتكون أنسجة الجسم المختلفة فيما بعد، وهذه الأنسجة تنقسم إلى ثلاثة طبقات هى النسيج الخارجى والنسيج الأوسط والنسيج الداخلى. فالنسيج الخارجى يكون هو المسؤول عن تكوين الجهاز العصبى. ولعلكم قد رأيتم مراراً هذه الصورة للبويضة والحيوان المنوى فى الإنسان:

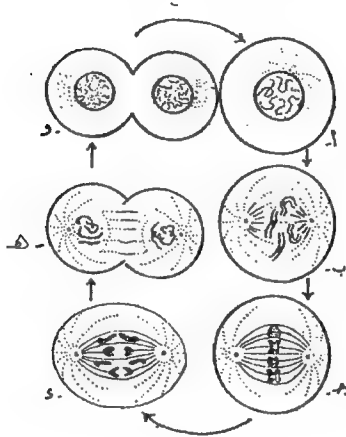


بويضة تحيط بها كوكبة من الخلايا الحاضنة الصغيرة
ويحوم حولها خمسة حيوانات منوية

والخلية المنقسمة فى بداية تكوينها تكون مستديرة ثم يظهر فى أعلاها
تجويف صغير تتكاثر حوله الخلايا ثم يضيق السطح العلوى لهذا التجويف

(1) Zygote.

حتى يصبح قناة تتوسط هذه الوحدة من داخلها ثم تأخذ القناة في الابتعاد عن السطح ليستقر وضعها في منتصفها وبعد أن يعمق مكان القناة إلى حد معين يأخذ في التحوصل إلى ثلاث حويصلات أساسية تكون فيما بعد الأجزاء الهامة في الجهاز العصبي وهو المخيخ، المخ الأوسط، المخ.



شكل (٨)

انقسام الخلية

ومن هذه الحوصلات الثلاثة تنمو أجزاء المخ والجهاز العصبي المختلفة في الفقريات ولا تختلف الفقريات إلا في نسب وأحجام هذه الأجزاء. ففي الحيوانات البرمائية نجد أن مقدمة الدماغ أصغر حجماً إذا قورن هذا الجزء

بمقابلة لدى الطيور، وكذلك نجد أن المخ الوسيط لدى السمك يكون أكبر من مثيله لدى البرمائيات.

تسهل حراسة الإنسان إذا ما عرفنا إمكاناته التي ورثها، أى تلك التي ولد بها. والإنسان يولد مزوداً بجهازه العصبى الذى يمكنه من استقبال المشيرات^(١)، ثم يمكنه أيضاً من تحويلها إلى استجابات^(٢) هى ضروب السلوك. وهذا الجهاز العصبى هو الذى يقيم الصلة بين أعضاء الحس: العين والأنف والأذن وغيرها، وأعضاء الحركة.

والإنسان أرقى أنواع الكائنات الحية، يترفع على قمة المملكة الحيوانية المتطورة ولهذا فإنه يملك جهازاً عصبياً مركزياً متطوراً أيضاً. وعند مقارنة بين الإنسان وبين الحيوانات الأدنى منه فيما يتعلق بالأجهزة العصبية عند كل منهم فسندجد اختلافات تشريحية كبيرة فى أجزاء هذا الجهاز فالجموع العصبى الإنسانى هو المستول عن التقدم الحيوانى الذى حققه الإنسان بما فيه من إمكانات لا تتقابل لها لدى الحيوانات الأدنى منه فى سلم التطور.

فالحيوانات وحيدة الخلية «الأميبيا» لاتفقد القابلية للإثارة والقدرة على الاستجابة ولكن يلاحظ أن أعضاء الحس لديها تكون هى نفسها أعضاء الحركة. ولا يميز الحالتين إلا تفاوت درجة الإثارة على سطحها.

فيحدث عند إثارة «الأميبيا» أن السطح المواجه للمثير يقوم بوظيفة الاستقبال، بينما يقوم السطح المقابل له بوظيفة الحركة. وهذا يؤكد عدم وجود جهاز عصبى مركزى لدى الأميبيا.

أما الحيوانات متعددة الخلايا الفقريات منها واللافقرات فإن الأمر

مختلف .

(1) Stimuli.

(2) Responses.



شكل (٩)

الجهاز العصبي لدى اللاقريات:

إذا نظرنا إلى الحيوانات الأسفنجية فإننا لا نجد تمايزاً في الخلايا، فكل خلية في هذه الحيوانات تستقبل وتستجيب ولكن إثارة إحداها يؤدي إلى انتشار التأثير إشعاعياً إلى الخلايا المجاورة لهذا فإن التوصل العصبي هنا يسمى بالتوصيل الشبكي.



شكل (١٠)

وإذا انتقلنا إلى الحيوانات الجوف معوية فسنجد بداية تغير في توصيلها العصبي، فإلى جانب التوصيل نجد بداية للتخصص والاستقطاب في التنبيه، ومعنى استقطاب التنبيه أن المثير يؤثر في خلية فينتقل التأثير إلى خلية أو خلايا مقابلة دون أن ينتقل إلى غيرها ويسمى التوصيل هنا بالتوصيل الوصلى. ومع هذا فإن هذا التوصيل يظل غير خاضع لمركز رئيسى. والتوصيل الوصلى يزيد في الحيوانات الشوكية والنجمية بشكل أكبر.



شكل (١١)

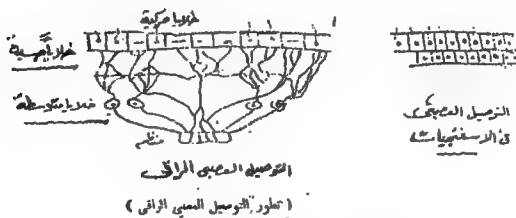
ففى الحيوانات النجمية نجد ظاهرتين: وجود قيادة للحركة وإن كانت هذه القيادة غير دائمة، كما نجد بداية مركزية التوصل العصبى وعند تحرك النجميات تكون الذراع العليا هى الموجهة لها لتنتقل القيادة للذراع السفلى إذا انعكس الاتجاه. كذلك نجد نقطة اتصال فى منتصف الحيوان تتجمع فيها التنبهات العصبية من الأذرع المختلفة.

أما الديدان فإن الجهاز العصبى لديها يكون منتشراً على شكل عقد سبحية تنتهى بثلاث عقد أكبر نوعاً فى الرأس تشبه المخ أو الدماغ والخلايا المتخصصة وظيفتها وصل أعضاء الحس بأعضاء الحركة. والعقد السبحية التى تتوسط جسم الدودة تكون نقطة اتصال أشبه بمجموع عصبى مركزى يخضع للعقد الدماغية الثلاثة. ويلاحظ أنه عند قطع رأس الدودة لا ينتهى النشاط العصبى لهذه العقد بل يستمر وإن بدى أنه يقل فى كفاءته.

وهذه العقد السبحية تزيد أهميتها كذا العقد الدماغية، فهذه الحيوانات قد تتعرض أحياناً لمواقف تهدد وجودها.

فتسلك سلوكاً يتسم فى تقديرنا بالذكاء، هذا السلوك هو رد الفعل المنعكس وارتقاء الحيوانات اللافقرية يبرز من خلال الدور الذى يتصدى للقيام به جهازها العصبى المتعدد الوظائف المرتقى وتلخص النقاط التالية كيفية ارتقاء الجهاز العصبى.

- أ- استقلال خلايا للاستقبال تكون أعضاء الحس.
- ب- تخصص خلايا للحركة تكون أطراف استجابة.
- ج- ظهور خلايا وسيطة بين نوعى الخلايا الحسية والمتحركة هى الخلايا العصبية.
- د- تتكون طبقات من الخلايا الحسية تزيد عمقاً من السطح إلى الداخل.
- هـ- تتكون أيضاً طبقات من الخلايا الحركية على نسق طبقات خلايا الحس.
- وعلى هذا نستطيع أن نعرض بإيجاز لتطور طبيعة التوصل العصبى فيما يلى:
- أ- توصيل شبكى وهو فى حالة علم تخصص خلايا عصبية فى وصل خلايا الحس الحركية.



شكل (١٢) مكونات الجهاز العصبى

Nervous System

الجهاز العصبي، جهاز معقد بواسطته تتصل جميع أجزاء الجسم بالدماغ، وهذه الأجزاء ترتبط بدورها ببعضها.

وأى شكل توضيحي مهما بلغت دقته قاصر عن أن يعكس لنا ما عليه الجهاز العصبي للإنسان من تعقيد.

والأعصاب^(١) عند الإنسان تمتد من الأطراف والجذع إلى الحبل الشوكي^(٢)، وهذا الأخير يتصل مباشرة بالدماغ.

والحبل الشوكي إن هو إلا نسيج عصبي يأخذ شكل الحبل السميك، وهو يمتد من خلال العظام التي تؤلف السلسلة الظهرية أى ما نسميه بالعمود الفقري. والحبل الشوكي والدماغ يكونان معاً الجهاز العصبي المركزي^(٣).

أما الأعصاب التي تمتد بعيداً فهي تكون الجهاز العصبي المحيطي^(٤)، والأفعال المنعكسة كأبسط أشكال السلوك الإنساني يمكن لها أن تمكننا من فهم الجهاز العصبي للإنسان على نحو أفضل ذلك أنها أفعال بسيطة فطرية لا إرادية^(٥).

والإنسان الفرد قد يستجيب أحياناً على نحو آلي أو بطريقة لاشعورية لمنبهات من نوع خاص كوخذ دبوس أو إضاءة شديدة أمام حدقة العين، وهذه كلها ما هي إلا انعكاسات عضلية^(٦)، على أن هناك انعكاسات تشمل الغدد، فالغدد الدمعية^(٧) تنشط إذا ما تهيجت العين، والغدد اللعابية^(٨) تفرز اللعاب شماً لرائحة أو استجابة لمذاق الطعام.

(1) Nerves.

(2) Spinal Cord.

(3) The Central Nervous System.

(4) Peripheral.

(5) Involuntary Actions.

(6) Muscle Reflexes.

(7) Lacrimal Glands.

(8) Salivary glands.

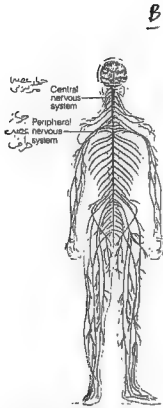


FIGURE 2.1 The human central nervous system (CNS) and peripheral nervous system (PNS).

الجهاز العصبي المركزي (CNS)
والجهاز العصبي الطرفي (PNS)

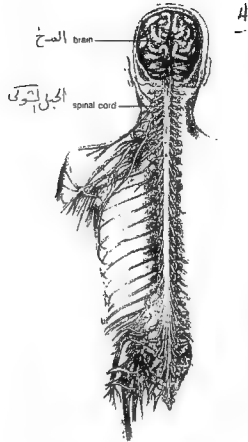


Figure 3.3 The human nervous system consists of brain, spinal cord, and nerves. (From Starr & Taggart, 1987)

الجهاز العصبي للإنسان يتكون من الدماغ والحبل الشوكي والأعصاب.

شكل (١٣) (A)

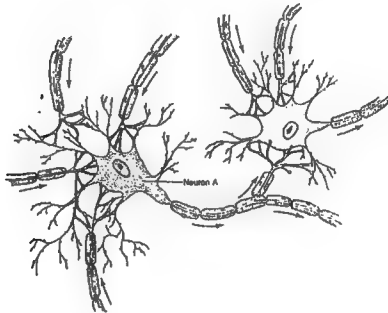
يبين جسم الإنسان موضحاً به الجهاز العصبي المركزي والمخ والحبل الشوكي والأعصاب. وشكل (١٣) (B) يبين الجهاز العصبي المركزي للإنسان والجهاز العصبي الطرفي

والتفسير الفسيولوجي لوخذ الدبوس مثلاً، أن هذا الوخز ينبه أطراف الأعصاب الحسية^(١) في المنطقة التي يلامسها فيمر تيار عصبي خلال الأعصاب إلى الحبل الشوكي.

الخلايا العصبية والتيار العصبي^(٢)؛

والخلايا العصبية تتألف من الأعصاب الموردة^(٣) أو الحسية وهذه تنقل الدفعات العصبية من أعضاء الحس إلى مركز التوزيع ومن الأعصاب المصدرة^(٤) وهذه تنقل الدفعات العصبية من مركز التوزيع إلى العضلات.

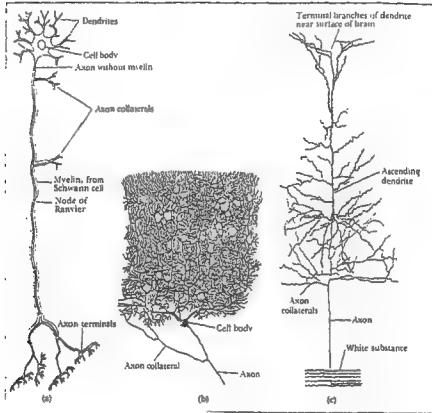
والرسم التالي يبين هذين النوعين من الخلايا العصبية.



شكل (١٤) يبين شجيرة اخلية العصبية

-
- (1) Sensory Nerve.
 - (2) Neurons.
 - (3) Afferent.
 - (4) Efferent.

ونلاحظ على الشكل السابق (١٤) أنه شكل إجمالي. بينما الشكل التالي يوضح حقيقة العصب الحركي.



(شكل ١٥)

رسم تخطيطي لخلية عصبية محركة (الصورة A)

١- المحور Axon ٢- جسم الخلية Cell-body

٣- الشجيرات Dendrites ٤- النهايات العصبية.

ونلاحظ أن المحور ينقسم إلى أعصاب صغرى يطلق عليها الأعصاب المتناظرة^(١) والتي تمتد خارج المحور الرئيسى، وأن جسم الخلية الكامل يتألف من جسم الخلية والمحور متفرعاً أو منفرداً، مضافاً إليه الشجيرات العصبية. وجسم الإنسان يحوى عشرة الاف مليون عصب Neron.

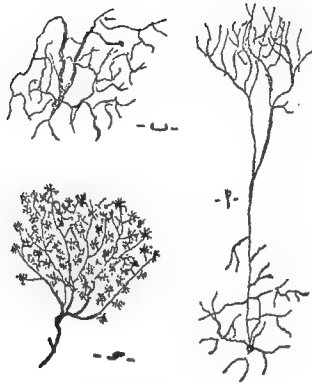
وهناك ملايين الأعصاب التى تسمى الأعصاب الرابطة^(٢) إلى جانب الأعصاب الحركية والحسية المترامية التى تربط أجزاء الجسم وهذه كلها تقع ضمن الجهاز العصبى المركزى^(٣)، ولهذه الأعصاب أشكال متعددة.

نعرض فى الشكل التالى، لثلاثة منها، وهى تمكن الجهاز العصبى المركزى من أداء وظيفته كمركز توزيع للفيضانات الكهربائية الواردة والصادرة.

(1) Collaterals.

(2) Association.

(3) Central Nervous System (C.N.S.).



شكل (١٦) يبين:

خلايا العصبية الرابطة Association nerves

أ - ب في اللحاء، و (ج) في الخفيخ

وكل نيورون وخلية عصبية سواء أكانت الحسية أو الحركية أو الرابطة إن هي إلا وحدة تامة قائمة بذاتها ولا تتصل الخلايا العصبية ببعضها اتصالاً مباشراً، إنما يتم اتصالها بأن يكون محور خلية منها قريبة من شجيرات خلية عصبية أخرى لكنه لا يلتحم بها لكن نهاية أحد الأعصاب يتصل بجسم خلية^(١) أخرى وباستطاعة التيار العصبي^(*) أو السيل العصبي أن يقفز عبر

(1) Cell - body.

(*) لاشك أن التيار المنقول بواسطة الأعصاب مختلف عن التيار الكهربى المنقول بواسطة الأسلاك، فالأول ينتقل بطريقة أبطأ من الثاني، فالتيار الكهربى ينتقل بطريقة أسرع كما أنه لا يتأثر بالبرودة والحرارة التي يتأثر بها التيار المنقول بواسطة الأعصاب وهذا التيار لا تزال طبيعته مجهولة.

الفجوة الدقيقة أو الوصلة أو الموصل أو المشتبك العصبى الكائنة بينهما، كما تقفز شرارة عبر فجوة فى دائرة كهربية، ويساعد على هذا بعض الانزيمات النوعية المتخصصة، وإن كان من الراجح أن السيل العصبى نفسه يتألف من موجات كهروكيميائية^(٢) ذلك أن التنبيه يحدث سلسلة من التغيرات الكيميائية فى النسيج العصبى وهذه بدورها تثير تغيرات كهربية.

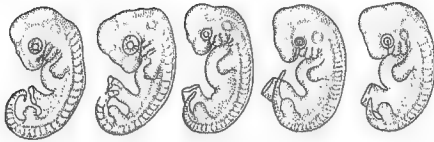


Figure 3.34 From left to right, embryos of a reptile (tortoise), bird, pig, rabbit, and human. (Adapted from Huxley, 1966)

Evolution of the Vertebrate Nervous System 95

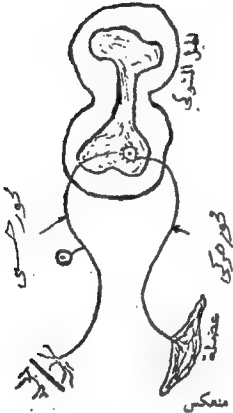
تطور الجهاز العصبى للفقاريات. من الشمال إلى اليمين،
السلحفاة والطيور والخنزير والأرنب والإنسان.

-
- (1) Synapses.
 - (2) Electro - Chemical Waves.

الفعل المنعكس

Reflex Action

عملية الفعل المنعكس يوضحها الشكل التالي:



شكل (١٧) فعل منعكس

إن المنطقة المظللة المماثلة لشكل فراشة تمثل «لب» الحبل الشوكي، وتتألف من كتلة من الخلايا العصبية تمتد خيوطها إلى النسيج المجاور من الحبل.

فالمؤثرات المنطلقة من العصب الحسّي من خلال الوصلة تنشط العصب الحركي والشكل الذي نعرضه إنما هو شكل مبسط ذلك أن الأعصاب الحسية والحركية لا تتصل مباشرة إلا نادراً في أنماط الفعل المنعكس البسيط، ذلك عندما ترتبط هذه الأعصاب بالخلايا العصبية الرابطة، على أن أبسط

الاستجابات تشمل أكثر من عصبية واحدة من كل نمط، وأن الأعصاب تعمل مجتمعة.

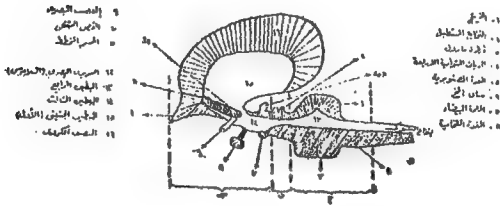
وهناك مقاومة تحدث في الوصلة تعترض سبيل سريان المؤثر العصبى فيها، ولا ينتظر أن يتغلب مؤثر عصبى صادر من عصب حسى واحد على مثل هذه المقاومة، إذ ينبئ أن تصل مؤثرات من أعصاب حسية متعددة فى نفس الوقت قبل عبورها الموصل العصبى ويقوم العصب الحركى بتنشيطها لذلك فإن التأثير الناتج عن عدد من المنبهات المثيرة، لا يساوى على وجه التحديد ذلك التأثير الناجم عنها وهى مفردة.

وفى الشكل السابق نرى كيف أن العصب الحسى (أ) ينبه العصب الحركى (أ) كما أن العصب (ب) ينبه العصب (ت) لذلك فإن (أ) منفرداً أو (ب) منفرداً لا يستطيع أى منهما أن ينبه (ج) هذا ينشط عندما يقوم (أ)، و (ب) معاً بتنبيه ويلاحظ أن لهذه الحقيقة أثرها على بعض الجوانب الخاصة من جوانب الإدراك الحسى ونلاحظ أنه لا يشترط أن يحدث دائماً منه بالذات نفس الاستجابة، كذلك فإن المقاومة الحادثة فى الوصلات تتغير ارتفاعاً، أو انخفاضاً باستمرار تبعاً لوجود النشاط أو انعدامه فى الخلايا العصبية المجاورة، لذلك فإن تأثير أى منه قد يتوقف جزئياً على المنبهات الأخرى التى تلحقه أو تسبقه، كما أنه يتوقف على حالة الكائن العضوى العامة.

ولقد لوحظ أن مرور المؤثر العصبى المتكرر خلال عمر بالذات جدير بأن يقلل المقاومة الحادثة فى الوصلات إلى جانب جعل المسالك العصبية أكثر مرونة نتيجة هذا الاستخدام المتواصل.

تطور شكل الجهاز العصبي لدى الفقريات:

كلما ارتقى الكائن الحي في سلم التطور كلما تعقد لديه الجهاز العصبي. فالجهاز العصبي في صورته البسيطة يوجد عند قنديل البحر^(١) ويكون موزعاً بصورة متساوية تقريباً على سائر أجزاء جسم هذا الحيوان .. ولغياب الجهاز العصبي المركزي في جسم مثل هذه الكائنات فإن استجاباتها تصدر عن أعضائه نفسها رغم أن أجزاء هذه الأعضاء تتمتع بجانب من الاستقلال الذاتي^(٢) والسياقة الزاحفة لشقيقه البحر تظل زاحفة حتى في حالة بترها ذلك إذا توفر لها التنبيه المناسب، فالصلة هنا بين المنبه^(٣) والاستجابة^(٤) تتم مباشرة في غياب جهاز عصبي مركزي.



شكل (١٨)

- (1) Jelly - Fish.
- (2) Autonomy.
- (3) Stimulus.
- (4) Response.

ودودة الأرض^(١) ينتشر جهازها العصبي فى كافة أجزاء جسمها ولكن لكونها فى مرتبة أرقى فى سلم التطور عن شقائق البحر^(٢) وقنديل البحر فإن لديها تجمعات عصبية أو عقد عصبية^(٣) يمكن أن تشكل فئات الجهاز العصبي^(٤).

تطور الدماغ:

الدماغ ما هى إلا كتلة كبيرة من النيورون^(٤) وهى مركز للجهاز العصبي لدى الفقرات. على أن الجهاز العصبي المركزي لدى أغلب الفقرات يتألف من سلسلة من العقد .. والعقدة الكائنة فى نهاية رأس السلسلة يطلق عليها اسم دماغ.



شكل (١٩) الجهاز العصبي المركزي لدخال الأذن

- (1) Earth Worm.
- (2) Sea Anemones.
- (3) Nerve Ganglia.
- (4) Neurons.

وعند أبسط الفقرات نمت العقد العصبية فى الجبل الشوكى والفقرات الدنيا يتألف الدماغ لديها من النخاع والمخيخ ومن فصوص بصرية^(١) ومن مخ أولى يعتبر أرقى أقسام الدماغ تطوراً والعمليات العقلية المعقدة تعتمد أساساً عليه.

وحجم المخ عند الإنسان أكبر منه لدى الحيوان، على أن جزءاً من سطح مخيخ الإنسان يكون مختلفياً فى ثنايا التلافيف^(٢) وفى طوابع الأخاديد^(٣) ومن الثابت أن المخ كلما زاد حجمه أدى هذا إلى قيامه بكثير من الوظائف.

والمخيخ له وظائف هامة جداً فهو يختص بوضع الجسم^(٤) وحفظ توازنه وبالتكيف العضلى^(٥). والمخيخ يمكننا من السير منتصبين، ويسيطر على حركاتنا العضلية المعقدة والتي تجرى بطريقة لا شعورية .. كذلك فإن التمييز الحسى^(٦) والأنماط شديدة التعقيد من الخبرة الحسية يحدثها المخيخ ويتعرف عليها. والنخاع^(٧) هو الذى يتحكم فى بعض العمليات الإرادية كالتنفس .. وتقلص الشرايين وضربات القلب.

أما الجذر العصبى فيدرك الاحساسات الأولية والعامية، كذلك فإن الاندفاعات العصبية - الحسية^(٨) تمر بالضرورة من خلاله ويقوم كمركز توزيع توجه منه الاندفاعات إلى الأجزاء المناسبة من المخيخ على أن موطن

(1) Optic Lobes.

(2) Folds.

(3) Fissures.

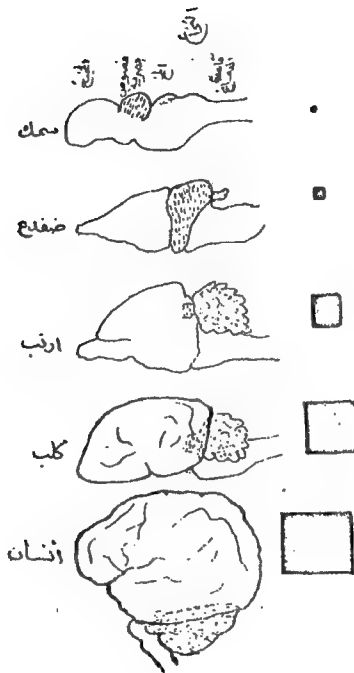
(4) Posture.

(5) Muscular Adjustment.

(6) Sensory Discrimination.

(7) Medulla.

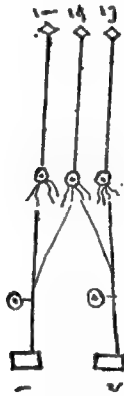
(8) Sensory Nerve Impulses.



شكل (٢٠)

يبين تطور الدماغ، والمريعات تظهر الأجزاء الحقيقية للأدمغة في تطورها

الانفعالات هي المنطقة الهيبوثلامسية^(١) وهذه تتعاون مع المناطق المجاورة لها إلا وهي العقد القاعدية^(٢). وبهذا تتحكم فى ردود الفعل الجسمية اللا إرادية التي تعبر عن الانفعالات، كإفراز العرق والرعدة، وضغط الدم. والاندفاعات العصبية التي تنقل إلى الفصوص الطرفية^(٣)، أى لمناطق المخ المجاورة إنما يقوم بنقلها الهيبوثلامس وهذه المناطق مجالها الخبرة والتي تتميز عن الانفعالات.



شكل (٢١)

يبين كيف تجرى عملية تنبيه العصب الحسى للعصب الحركى.

- (1) Hypothalamus.
- (2) Ganglia.
- (3) Limbic Lobes.

الفعل المنعكس والحبل الشوكى

الأفعال المنعكسة إن هى إلا استجابات آلية تحدث كرد فعل للمنبهات، لذلك فإن هذه الأفعال لا يشترك فيها المخ، ذلك أنها أعمال مستقلة عن المخ.

فالضفدع الذى تقطع رأسه يبقى حياً بضع ساعات إلا أنه لم يعد يستطيع أن يأتى حركات إرادية أو يحس بشئ أو يشعر. لكن إذا أخذنا قطعة نشاف مبللة بحامض، ومسحنا بها فى رفق جلد الضفدع فى الجانب الأيمن فإن الضفدع يسحب قدمه اليمنى ويحك بها المكان الذى مسحنا عليه بالحامض، وإذا منعنا هذه الساق من القيام بهذه الحركة، فإن الضفدع يسحب ساقه اليسرى بعد فترة وجيزة ويأخذ فى حك المكان الذى مسسناه بالحامض.

إن ملاحظة هذا السلوك قد توحى أن يشعر بأثار الحامض على جسمه ولكن الحقيقة أن هذا السلوك عمل لا إرادى ليس فيه من الشعور شيئاً ... أنه كضربات قلب الضفدع .. وتقلصات المعدة أنها أفعال لا إرادية.

ولقد تبين لنا فيما سبق أن الحبل الشوكى إنما يهيمن على الأفعال المنعكسة البسيطة وهذه لا تشمل إفرازات اللعاب والانعكاسات الناجمة عن مثيرات الضوء والصوت.

ولكن إذا كانت الصلة قائمة بين الحبل الشوكى والدماغ - إلخ فإن المخ^(١) يؤثر على الفعل المنعكس تأثيراً غير مباشر ذلك أن الاستجابات المنعكسة فى هذه الحالة ستكون على جانب كبير أو بسيط من الشدة على أن درجة الشدة تقوم على المنبه^(٢) وعلى الحالة العامة للحبل الشوكى الذى

(1) Brain.

(2) Stimulus.

يتأثر بالمخ، فنحن عندما نكون فى حالة تهيج أو استشارة فإن لمسة خفيفة نتحدث لدينا استشارة كبيرة أما إذا كنا فى حالة هادئة فإننا نادراً ما نلتفت إلى مثل هذه المثيرات.

على أن المخ قد يتحكم فى بعض الأفعال المنعكسة، فنحن نتحكم بإرادتنا فى العطس أحياناً، وتحمل وخز الحقنة الطبية عندما تدخل أجسامنا .. ولقد يكون هذا نتيجة استشارة مجموعة متباينة من العضلات، الأمر الذى يؤدى إلى عدم تمكن العضلات الأصلية من التأثير فى هذا التحكم. وإن كانت هذه العضلات تستقبل الإشارة من الأعصاب الحركية.

على أنه من الملاحظ أن المخ يمكن له أن يكف أو يمنع مرور التيار العصبى ذلك بزيادة المقاومة الموجودة فى الوصلات العصبية.

والفعل المنعكس ما هو إلا فعل لا إرادى فطرى أى غير متعلم وهو هنا يستخدم بمعنى استقلاله عن المراكز العليا فى المخ وإن كان يستخدم أحياناً ليدل على استجابة تحدث نتيجة لمنبه أو مثير فتوصف بأنها فعل منعكس.

الجهاز العصبي اللا إرادي^(١)

الجهاز العصبي اللا إرادي مستقل جزئياً عن الجهاز العصبي المركزي هذا إلى جانب أنه أحد المجموعات الثلاث الفرعية للجهاز العصبي التي تسيطر على تغذية العضلات اللاإرادية جميعها كالقلب وجدران الأوعية والبشرة المخاطية للغدد. وهذا الجهاز خاضع لتنظيم وتكييف المخ رغم أنه يعمل تلقائياً وأحياناً دون إرادة منا.

ومن حيث العمل فإن هذا الجهاز ينقسم إلى مجموعتين فرعيتين يقوم كل منهما بعمل مضاد لعمل الآخر وإن كان العمالان مكملين لبعضهما كذلك فإن الاتصال بينهما معقد وهاتين المجموعتين هما المجموعة السمبثاوية^(٢) والمجموعة الباراسمبثاوية^(٣).

وهذه المجموعة الأخيرة تتألف من قسمين:

١ - القسم الدماغى Cranial Division

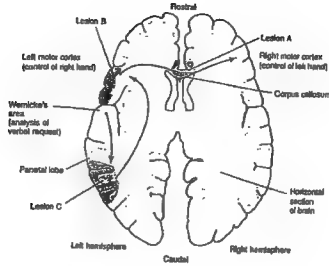
٢ - القسم العجزى Sacral Division

والشكل التوضيحي التالى للجهاز العصبي اللا إرادي يقسميه السمبثاوى والباراسمبثاوى.

(1) Autonomic Nervous System.

(2) The Sympathetic Division.

(3) The Parasympathetic Division.



شكل (٢٢)

السطح الوسطى للنصف الأيمن من الدماغ
 أن الجسم المكون Corpus callosum هو كتلة من الألياف
 العصبية تصل بين نصفي الدماغ، فتربطهما وتجعل منهما
 عضواً وظيفياً واحداً

وخلايا هذا الجهاز تتجمع على شكل عقدة ويقع معظمها في
 سلسلتين متصلتان من الأسفل وتمتدان على جانبي الحبل الشوكي وتشبهان
 في شكلهما الأجهزة العصبية البدائية في اللافقريات وأن القسم الصدري -
 القطني Thoraco-lumbar من الحبل الشوكي يرتبط مع هذه السلاسل
 العقدية ارتباطاً مباشراً ويكون هذا الارتباط بألياف عصبية.

وعقد الجهاز العصبي اللاإرادي تتصل بالجهاز العصبي، إما مباشرة أو
 بطريق غير مباشر عن طريق الحبل الشوكي.

وظائف المجموعة السمبثاوية(*) :

تتولى هذه المجموعة بصفة عامة حشد الطاقة فى سبيل استخدامها عند الحاجة أو فى حالة انفعال كذلك فهى :

١ - موسعة لحدقة العين ورافعة للجفن العلوى كما تسبب بروز العين للأمام إذ أن أعصاب هذا الجهاز تذهب إلى عضلات قرحية العين للتأثير على اتساع حدقة العين تبعاً لكمية الضوء. فكلما ازداد الضوء كلما ضاقت الحدقة والعكس. وهذه الحركة منعكسة لا إرادية لا شعورية. ولكن من الغريب أنه يمكن بالإيقاظ أثناء النوم الصناعى توسيع أو تضيق الحدقة، فعندما يوحي المحرب بأن كمية الضوء قلت أو زادت فالفكرة الموحى بها تؤثر على الأعضاء الملساء غير الخاضعة للإرادة، وأهمية ذلك أن الأفكار والمعانى والتصورات تؤثر فى العضلات الملساء وهذا هو أساس الطب السيكوسوماتى الذى يقول أن الأفكار والانفعالات تحدث تغيرات عميقة فى الأحشاء.

٢ - تزيد من سرعة ضربات القلب ومن قوته. ويوجد اتصال واضح بين أفكار وإرادة الفرد وحركات قلبه، فأحياناً تزداد ضربات القلب وتشتد قوتها عند التفكير فى حادث أو شخص معين.

٣ - تقلل من سرعة التنفس وتسبب ارتخاء عضلات الشعب الهوائية.

٤ - تسبب ارتخاء عضلات الأمعاء فى الوقت ذاته انقباضاً فى عضلاتها العاصرة، فالجهاز السمبثاوى وظيفته تعبئة الطاقة الجسمية لمواجهة الطوارئ فنجد فى عملية الخوف تعطيل عملية الهضم والإفراز نظراً لأن

(*) د. أحمد عكاشة: علم النفس الفسيولوجى، ص ٤٣ - ٤٦، دار المعارف القاهرة ١٩٦٦.

الطاقة مهيئة للدفاع والمواجهة الخارجية للخطر، وأحياناً يسبب انفعالات مستمرة وقلقاً دائماً وإمساكاً مزمناً نظراً للارتخاء المستمر للقولون وعدم استطاعته إفراز الفضلات.

٥- ارتخاء عضلات المثانة وانقباض عضلاتها العاصرة.

٦- انقباض عضلات حويصلة الصفراء.

٧- تنبيه عضلات الرحم حيث يؤدي الانفعال الشديد أحياناً إلى الاجهاض نظراً لتقلص وانقباضات الرحم الأمر الذي يؤدي إلى طرد الجنين.

٨- انقباض عضلات الأوعية الدموية لذلك يرتفع ضغط الدم فيها ولذلك فهناك علاقة بين الانفعال وارتفاع ضغط الدم مما أدى إلى اعتبار هذا المرض سيكوسوماتياً.

٩- تنبيه بعض غدد الجلد، وانقباض عضلات جذور الشعر مما يسبب وقوف الشعر في حالات الخوف والفرع، كذلك انقباض الأوعية الدموية السطحية مما يسبب شحوب اللون عند الخوف وكذلك العرق البارد نظراً لانسحاب الدم من هذه المنطقة فتقل سخونة الجسم، كذلك تكف الغدد اللعابية عن الإفراز فيحدث جفاف في الفم، وتنبه الغدد الدمعية فيزيد إفراز الدموع عند الانفعال سواء في الحزن أو الضحك الشديد.

١٠- تنظيم وصول هرمون الأدرينالين للجسم من خلال تنبيه الغدد فوق الكلوية والأدرينالين ينشط الكبد ويولد المادة السكرية فيعطى إحساساً بزيادة القوة والنشاط ولكن يعقبها إحساس بالتعب.

١١- انقباض عضلات الأوعية الدموية لأعضاء التناسل، مما يسبب الضعف

الجنسى وعدم القدرة على الانتصاب وسرعة القذف والخوف والقلق
هما أهم أسباب العنة الجنسية نظراً لتنبيه المجموعة السمبثاوية(*) .

وظيفة المجموعة الباراسمبثاوية:

هذه المجموعة تعمل على الاحتفاظ بحيوية الجسم وتجديدها إلى جانب
أن أعصاب هذه المجموعة تعمل عكس ما تعمله الأعصاب السمبثاوية،
والمنبه الذى ينبه إحدى المجموعتين بسبب تهدة أو توقف الأخرى عن
العمل وأهم عملها:

١- قابضة لحدقة العين وخافضة للجفن العلوى.

٢- تقلل من سرعة ضربات القلب.

٣- تزيد من سرعة التنفس مع قبض عضلات الشعب الهوائية.

٤- تغذى غشاء اللسان باللياف للتذوق وألياف لاستمرار إفرازه.

٥- تقبض المرئ والمعدة والأمعاء الدقيقة.

٦- تدر إفراز المعدة والبنكرياس وتسبب تنبيهاً بسيطاً لإفراز الكبد وحوصله
الصفراء.

٧- تغذى الغدد اللعابية.

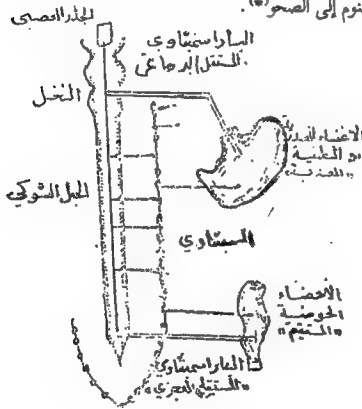
٨- تقبض عضلات المثانة مع ارتخاء عضلتها العاصرة.

٩- ارتخاء العضلة العاصرة للشرج وعضلات القولون.

١٠- تسبب ارتخاء أوعية أعضاء التناسل وتوسيعها خاصة أوعية القضيب أو
البظر ويسبب الإلتصاب.

(*) المرجع السابق.

يتضح من هذا ومن المقارنة بين المجموعة السمبثاوية والباراسمبثاوى أن الحالة السوية السليمة هي حالة التوازن بين تأثير التنبية والاستجابة ويوجد أفراد يكون لديهم السمبثاوى أو الباراسمبثاوى هو السائد وسمى الأول Sgmpatheticotomic وأطلق على الثانى vagotomic ويتميز الشخص الأول بسرعة النشاط وزيادة الحركة ويستيقظ بسرعة ويبدأ نشاطه مباشرة، ويميل للانفعال السريع أما الشخص الثانى فيميل إلى البطء فى الحركات ويحتاج لفترة طويلة لينتقل من النوم إلى الصحو(*) .



شكل (٢٣)

رسم توضيحي للجهاز العصبى المستقل ويظهر فيه جانب واحد فقط من السلسلة العقدية. وتشير الخطوط المفردة إلى اتصالات الجهاز السمبثاوى. وتشير الخطوط المزدوجة إلى الجهاز الباراسمبثاوى

(*) المرجع السابق.

المخ

فهمنا للمخ يتوافر على نحو أفضل بدراستنا لسلوك الكائنات الحية التي تفتقر لهذا المخ. فالحيوان الذى قطع دماغه أو أزيل ولم يبق لديه سوى الحبل الشوكى، كذلك الكائن الحى الذى نزع عنه مخه وأبقى على المراكز السفلى دون الإضرار بها يتفاوت لديها تأثير هذا تبعاً لمستواها فى سلم التطور.

فالفرد الذى نزع عنه مخه يحتفظ باستجابات منعكسة بسيطة وينعدم لديه الاحساس ولا يقوى على المشى. وللإبقاء على حياته فإن العناية الدائمة به شرط لهذا البقاء.

أما الضفدع المنزوع مخه فإنه للوهلة الأولى يسلك على نحو عادى، فهو قادر على العوم والمشى والقفز والفعالية الجنسية كالضفدع الأخرى التى لم ينزع عنها مخها .. ولكن هناك فرق جوهري بين هذا الضفدع والضفدع الأخرى.

فالضفدع الذى أزيل منه المخ يفتقر إلى السلوك التلقائى^(١) وكل ما يتوافر له آلية الحركة فهو لا يبحث عن الطعام إذا شعر بالجوع. إنما يأكل إذا وجد الطعام أمامه ولا يبدي أية مقاومة وهو فى مجال التجريب ولا يحاول الهرب من المحرب.

وهذا يعنى أن المراكز العليا^(٢) تعمل بوحى الذاكرة وأن عمليات الاستدلال تكون ممكنة عن طريق المخ. بينما الاستجابة للمنبهات القائمة تقوم بها المراكز السفلى.

(1) Spontaneous Behaviour.

(2) Higher Cneters.

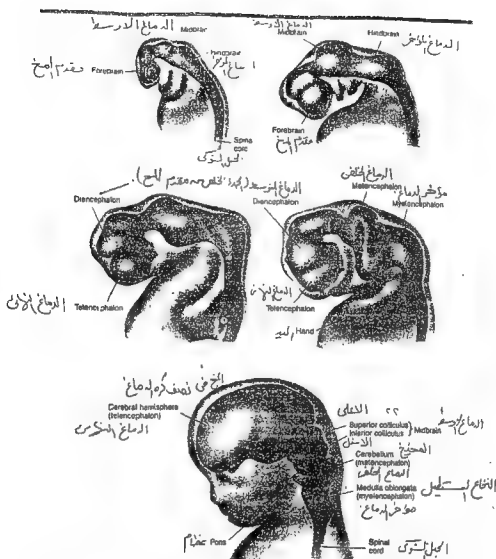


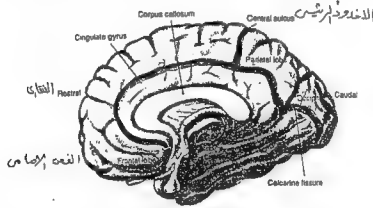
Figure 3.13
An outline of human brain development. (Adapted from Gardner, E., Fundamentals of Neurology, 8th ed. Philadelphia: Saunders, 1975.)

خطوط عريضة لتطور نمو المخ البشري

مكونات المخ:

يحاط المخ بطبقة اللحاء^(١) أو ما يسمى قشرة المخ وهى طبقة تميل نحو اللون الرمادى^(٢)، وتشبه المادة السنجابية للحبل الشوكى^(٣)، تتكون من ملايين الخلايا العصبية التى تمتد أليافها إلى المادة البيضاء فى الأسفل وهى أرقى أجزاء الدماغ تطوراً وأهمها أيضاً.

وينقسم المخ إلى قسمين متماثلين تماماً يضبط الجزء الأيمن منه الجانب الأيسر للجسم فى حين يضبط الجزء الأيسر الجانب الأيمن للجسم. ويربط بين هذين الجزئين أجسام صلبة، وتنقسم نصفاً كرة المخ إلى فصوص:



منظر للسطح الداخلى لنصف الكرة الأيمن للمخ، مع إزالة نصف الكرة الأيسر

الفص الجبهي:

وهو الجزء الأكثر نمواً فى الإنسان منه فى سائر الحيوانات الرئيسية الأخرى. وهو مركز الوظائف العليا كالتدليل المنطقى والتقدير ورسم الخطوط، كذلك الشعور بالألم وبعض الأحاسيس، وتلك الأمور^(٤) المهمة التى نطلق

(1) Cortex.

(2) Grey Matter.

(3) Spinal Cord.

(٤) أحمد عكاشة: علم النفس الفسيولوجى، ص ٣٩ - ٤٣، دار المعارف القاهرة ١٩٧٧.

عليها لفظ العواطف تنشأ في الغالب من بعض أجزاء الفص الجبهي . وهي تتعلق طبعاً وبصورة ما ، بإدراك ووزن بعض المؤثرات الخارجية المعنية التي نسميها الأحاسيس وذلك لأن الفص الجبهي يستقبل مسارات كثيرة من سرير المخ ، كما يرسل إليه أيضاً مسارات أخرى كثيرة ، والسرير كما سبق أن عرفنا - هو المركز العظيم لاستقبال الأحاسيس فإذا ما قطعت المسارات الواصلة بين الفص الأمامي والسرير كما يحدث عن استئصال الفص الجبهي ، أو في العلاج الجراحي لبعض الأمراض النفسية والعقلية أصبح المريض عاجزاً عن إدراك السيالات الحسية رغم أنه ما يزال يستقبلها فعلاً ، ومن ثم يشعر المريض بالألم بآثر محدد واضح ، ولكنه لن يعود قادراً على إدراك ذلك المؤثر في صورة إحساس لا يبعث على الارتياح أو إحساس « مؤلم » وفي نفس الوقت يؤدي إتلاف الاتصالات الموجودة بين الفصين الجبيين وسائر أجزاء المخ إلى إضعاف الوظائف التي تعزى إلى الفص الجبهي كالمقدرة على التقدير الصائب والتخطيط السليم . ولا غرابة في هذا فالأرجح أن الوظائف التي تعزى إلى جزء معين من القشرة ليست محددة أو مركزة في ذلك الجزء بذاته بصفة خاصة وإنما الحقيقة هو أن تلك المنطقة من مناطق القشرة إذا ظلت قائمة بعملها كجزء من الجهاز العام الكامل ، كانت هي الأقدر على تنظيم تلك الوظائف وتهذيبها وإدائها .

أما الجزء الخلفي من الفص الجبهي فإنه يختص بالحركة الإرادية إذ أن منطقة معينة من قشرة المخ فيه تحوي الخلايا العصبية التي تصدر منها السيالات الباعثة لذلك اللون من ألوان الحركة . وتتحوّل تلك السيالات وفقاً لما تتأثر به من السيالات الصادرة من بعض المناطق الأخرى من القشرة ومن العقد القاعدية ومن المخيخ ، ويكون ذلك في أثناء انتقالها خلال المحاور الممتدة من تلك الخلايا العصبية المحركة في القشرة ثم هابطة عبر ذلك

الطريق الطويل المؤدى إلى النخاع الشوكى حيث تنتهى على مقربة وثيقة من شجيرات الخلايا العصبية الواقعة فى الجزء الأمامى من مادته الرمادية.

والمسارات المتكونة من تلك المحاور تعبر فى أثناء هبوطها عرض الطريق من جانبه الذى اتخذته أولاً إلى الجانب المقابل له، بل الواقع أن كل المسارات الحسية التى ذكرناها آنفاً تفعل الشئ نفسه فتعبر الطريق من جانب إلى جانب ومن ثم كان من اليسير علينا أن نفهم السر فى أن نصف كرة المخ الأيسر هو الذى يتحكم فى الجانب الأيمن من الجسم بينما يتحكم نصفها الأيمن فى جانبه الأيسر.

أما الفصان الجداريان فإنهم يختصان بصفة رئيسية بما يمكن تسميته بالإحساس غير المخصص على سبيل المقابلة للسيالات الحسية التى تنتقل إلى المخ من أعضاء الحس الخاصة بالسمع والإبصار. وذلك لأن مجموعات كبيرة من المسارات العصبية تصدر من السرير (المهاد) وتنتهى فى الفصين الجداريين حاملة إليهما سيالات عصبية انتقلت أولاً من الحبل الشوكى بطريق التتابع، كما هو الحال فى الإحساس بوساطة اللمس، والإحساس بالوضع، وبعض عناصر الإحساس بالألم والإحساس بالتغيرات فى درجة الحرارة.

وبكاد ينحصر اختصاص الفصين المؤخرين فى استقبال السيالات البصرية وتقديرها وتقويمها أى فى حاسة البصر.

أما الصفان الصدغيان فهما مركزان لاستقبال السيالات الناشئة فى الأذنين، أى أنهما مركزان سمعيان.

ويستقبل الفصان الجداريان والفصان المؤخريان والفصان الصدغيان. أو على الأصح مناطق معينة فى القشرة التى تغطى تلك الفصوص - المدركات

الحسية «غير المقومة» وذلك أن هناك مناطق كبيرة من القشرة المكونة للجزء الخلفى من الفصين الجداريين والفصين الصدغيين وللجزء الأمامى من الفصين المؤخرين هى التى تسمى (مناطق الترابط) إذ يحدث منها ترجمة أو فهم الأحاسيس المختلفة وتقدير قيمتها وربطها بغيرها من السياالات الحسية والتى وردت معها فى بعض الأوقات الماضية. ولعل هذه المناطق هى الموطن الذى تقيم فيه الأنماط المختلفة للذاكرة، سواء منها ما كان مختصاً بالإبصار أو السمع أو اللمس أى أن تلك المناطق من قشرة المخ هى مهد الملكات^(١) التى هيأت للإنسان أن ينفرد - عن جداراة - بمنزلته الرفيعة بين سائر أنواع الحيوان، إذ أن هذا الربط بين صور الذاكرة المتباينة هو الذى يمكننا من الكلام والقراءة والكتابة والحساب، وهو الذى يجعل الواحد منا يميز بين يمينه ويساره ويستطيع أن يشير إلى أى جزء محدد من أجزاء جسمه وأن يتذكر الاتجاهات، وأن يهتدى إلى طريقه. ثم أنه هو الذى يعطينا القدرة على حفظ الأغاني والعزف على الآلات الموسيقية والتعرف على الأشياء عن طريق لمسها أو رؤيتها، وملكة تميز الألوان بعضها من بعض.

وهذه الملكات - أو الوظائف - المتخصصة قاصرة جميعها على أحد نصفى كرة المخ دون الآخر، وهو النصف الأيسر عند الأشخاص الذين يستخدمون أيديهم اليمنى. ولذلك فإن ذلك النصف الأيسر يسمى عند الأشخاص اليمن النصف العظيم أو السائد بيد أن العكس ليس صحيحاً تماماً، أى أن نصف كرة المخ الأيمن لا يبلغ هذه الدرجة من «السيادة» عند الأشخاص الذين يستخدمون أيديهم اليسرى.

ويجب علينا أن نعود فنؤكد أن جميع تلك المناطق من القشرة متصل بعضها ببعض بشبكة كبيرة معقدة من المحاور العصبية، بغض النظر عن تحديد

(1) Faculties.

مواضيع للوظائف المختلفة فى أجزائها المتعددة، فما من منطقة بقادرة بمفردها على أداء وظائفها ما لم تكن اتصالاتها كلها سليمة، سواء فى ذلك الاتصالات الصادرة منها والواردة إليها، بل أن الوظيفة المعنية قد تتعرض لكثير من العجز والقصور إذا كانت المنطقة المختصة بأدائها قد تعرضت للمسارات الصادرة منها والواردة إليها لبعض التقطع أو التلف. وعلى هذا فيمكننا أن نشبه المخ، من الناحية الوظيفية بمجموعة من الأعمدة الكهربائية (البطاريات) المتصلة «على التوالي» فإنك إذا ما استبعدت واحدة منها إنهار النظام كله من أساسه. فحتى مع أننا نستطيع أن نرد بعض الوظائف النوعية الخاصة إلى مناطق بعينها من قشرة المخ، إلا أن المخ بأكمله هو الذى يدير جميع الوظائف ويسير عليها(*) .

ولقد كان يعتقد أن الملكات مكانها أجزاء مختلفة من الدماغ إلا أنه تبين أن هذا الاعتقاد خاطئ، والحقيقى أن هناك بعض المواقع الوظيفية فى المخ وإن كانت ذات نمط مختلف.

وقد تبين منذ وقت ليس بالطويل أن اتلاف جزء من الدماغ أو الحاق الضرر به ينجم عنه الصمم، وأن وجود عطب فى جزء معين من الدماغ يتسبب عنه حدوث العمى كذلك فإن أذى فى جانب من الدماغ يحدث عنه شلل.

ولقد أمكن أيضاً فى عدة حالات فتحت فيها الجمجمة بعمليات جراحية تنبيه مناطق حسية وحركية مختلفة تنبيهها مباشرة عن طريق تيارات كهربية ضعيفة، ولم يكن يحدث هذا أية آلام. فالمنطقة السمعية إذا نهيت مثلاً فإن الفرد يستطيع سماع الأصوات كذلك يحدث بالنسبة للمنطقة البصرية والمنطقة الحركية.

(*) المرجع السابق.

(**) نفس المرجع.

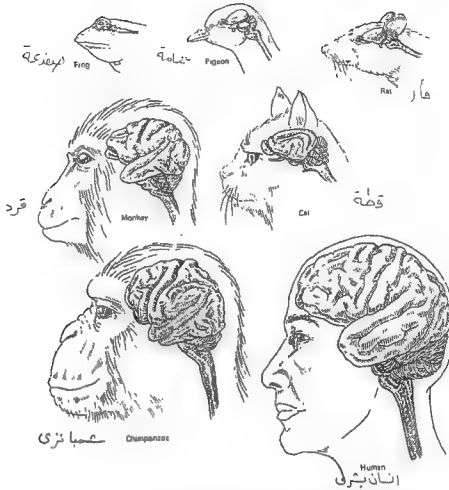


Figure 3-1 Comparison of the sizes and shapes of the brains of several representative vertebrates, all drawn approximately four-teenths life size. The figure shows no relatedness and diversity among extant vertebrates but is not meant to imply evolutionary development of the human brain.

مقارنة بين أحجام وأشكال المخ للعديد من الفقاريات الممثلة، وكلها رسمت بالتقريب أربعة أعشار الحجم الحقيقي. والشكل يوضح كلاً من التقارب والاتصال والاختلاف بين مخ الفقاريات، ولكنه لا يعنى النمو التطوري النشئى للمخ البشرى

الانفعال والمخ (**):

يلعب المخ دوراً هاماً فى حالة الانفعال وفى الوظيفة الحسية / الحركية. وتبين من الدراسات الحديثة أن التعبير عن الانفعال يعتمد على المنطقة الهيپوثلامية فإنها تؤدى وظيفتها باتصالها بالجهاز العصبى اللاإرادى، وأن الخبرة الانفعالية تعتمد على منطقة بالذات من المخ شديدة الصلة بالمنطقة الهيپوثلامية وهذه المنطقة تؤثر على حاسة الشم كذلك.

وهذه المنطقة تشتمل الفصوص الطرفية، وهذه قابعة فى قاعدة المخ ولحائها يتمركز على السطح الداخلى أو فى وسط منتصفى الرأس والفصوص الطرفية من الناحية البيولوجية أكثر أجزاء الدماغ بدائية وعندما تتقدم دراسة وظائف هذه المنطقة فإنها سوف يكشف النقاب بصورة أفضل عن طبيعة المرض النفسى الجسمى (السيكوسوماتيك) وأسبابه.

المخ والدافعية:

- هناك علاقة بين أجزاء من المخ وبين التعبير عن الدوافع، فلقد لاحظ بعض الباحثين أن وجود ورم خبيث عند قاع المخ قد يؤدى بالمرضى إلى أن يأكل بطريقة قهرية.

- وأن الدافع الجسمى له القدرة على إطلاق الطاقة الخاصة بكثير من ألوان النشاطات.

- كما أن الجوع يجعل الحيوان أكثر استعداداً لإشارات الطعام ولكن الخوف قد يمنع هذا الحيوان الجائع من الاقتراب من الطعام ولا يفعل ذلك أيضاً إذا كانت معدته ممتلئة به.

(*) د. أحمد عكاشة، علم النفس الفسيولوجى، ص ٤٣ - ٤٦، دار المعارف، القاهرة، ١٩٦٦

ولقد استحصل لحاء أحد الكلاب كله فوجد أن هذا الكلب ساء مزاجه وأصبح سريع الغضب لأقل لمسة. واستئصال اللحاء قد أدى إلى قيام عدة تجارب على هذه العملية الأمر الذى أدى إلى فهمنا للعمليات المؤثرة فى الإدراك والتعلم، كذلك فقد استحصلت أجزاء من الفصوص الصدغية لدى عدد من القرود ف لوحظ أن أحد هذه القرود بدأ يأكل بكثرة وبدأ يقبل على الطعام الذى اعتاد أن يلفظه.

وقد يتبادر إلى الذهن سؤال عن أى الأجزاء فى قاع المخ يرتبط سلوك الأكل القهرى الذى يظهر على المرضى بالأورام الخبيثة، ولقد تبين أن السرير البصرى التحتانى هو المسئول بالفعل.

والسرير البصرى التحتانى يقع فى منتصف السطح التحتانى وقرب المسارات التى تربط الحبل الشوكى بالمراكز العليا فى المخ، ويوجد فوق الغدة النخامية.

إن أعراض الأكل القهرى يمكن أن تظهر لدى عدد من الحيوانات بسبب تلف زوج واحد من نويات السرير السفلى الذى يسمى نويات الغنتروميديال، أما إصابة أجزاء أخرى فى السرير البصرى التحتانى فلا تؤدى إلى هذا الأثر.

وتلف نويات الغنتروميديال يؤدى إلى تصبح القطط المستأنسة يصعب التعامل معها، كذلك فقد لوحظ أن هناك حيوانات تأكل باستمرار مادام الطعام الذى يقدم لها ذات مذاق طيب وأنها لاتسعى إليه، وإذا أنيبت مادة السيلولوز فى الطعام، فإن الحيوان يأكل بكمية أقل وهذا أمر يختلف فيه تلك الحيوانات المصابة عن غير المصابة حيث تأكل بكمية أكثر لتعويض النقص فى القيمة الغذائية وتبين هنا أن الحيوان المصاب يعتمد على مذاق

الطعام وليس على حاجة الجسم والسبب يرجع إلى أن نواة الغنتروميديال تزود بخلايا حساسة للسكر فى مجرى الدم، وهى حين تنفجر تقمع نشاط جهاز الأكل، وحين يستنفذ مخزون السكر فى الكبد فإن خلايا الغنتروميديال تتوقف عن الانفجار وينطلق الجهاز المسئول عن سلوك الأكل وعلى هذا فإن هناك جهاز للإطعام. وهناك منطقة السرير البصرى التحتانى الجانبي والتي إن استثارة يؤدى الأمر بالحيوان أن يأكل بنهم شديد.

وقد تبين من التجارب أن استثارة هذه المنطقة تجعل الحيوان يصدر استجابات إرادية كما لو كان يشعر بجوع طبيعى.

وإذا كان هناك جهاز للإطعام فإن هناك مركز للشبع يقع فى نواة الغنتروميديال وإذا أصيب السرير البصرى التحتانى توقف الحيوان عن نشاط الأكل، وأن الإثلاف الثنائى للنويات الجانبية يؤدى بالحيوان إلى رفض الطعام حتى يموت جوعاً إن لم يجبر على تناول الطعام، ويبدو أن النواة الجانبية هى الصلة بميكانيزم الشرب وبعد اثلافها فى الجانبين يصبح الحيوان أكثر مقاومة لشرب الماء من تناول الطعام. كذلك فإن استثارة المنطقة الجانبية فى السرير البصرى التحتانى يؤدى إلى ظهور الشرب بدلاً من الأكل، ورغم أن أنظمة الشرب والأكل يقعان فى نفس النواة فى السرير التحتانى إلا أنهما يعملان مستقلين معظم الوقت.

ولقد تبين فى إحدى التجارب فى هذا الصدد أن آثار إحدى المواد الكيميائية التى أدخلت إلى السرير التحتانى استثارة الأكل ولم تستر الشرب. والحرارة ذات تأثير فى نظام الشرب فإن هى ارتفعت عن الحد العادى أدى إلى زيادة الرغبة فى الشرب، وهذا أمر يلاحظ على الإنسان فى أوقات القيظ، والأكل يتأثر فى الاتجاه المضاد، وإثلاف اللوز وهى نويات تقع أسفل

اللحاء قرب قمة الفص الصدغي تؤدي إلى تغيير سلوك الأكل عند الحيوان، كذلك فإنه يمكن إحداث سلوك الأكل والشرب بالاستشارة الكيميائية، وعلى هذا فإن بعض خلايا اللوزة يكف نظام الأكل بينما يستثيره البعض الآخر.

مناطق الارتباط(*) :

إذا نظرنا إلى أدمغة الإنسان وقارناها بأدمغة الحيوان فإننا نلاحظ أن المناطق الانفعالية والحسية والحركية متشابهة عند كليهما وإن كانت تختلف نسبياً في الحجم.

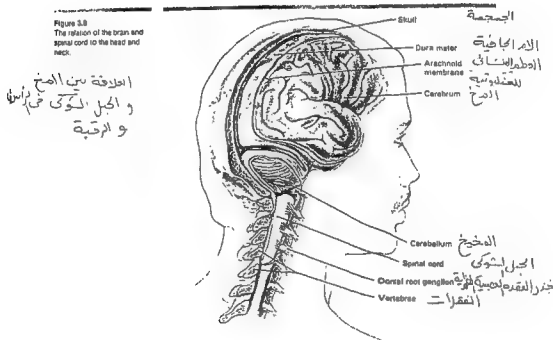
فالمناطق الحسية والحركية الانفعالية للإنسان تفصل بينها مناطق تسمى المناطق الارتباطية، وهذه ليست موجودة في أدمغة الحيوان.

والوظيفة الأساسية للمناطق الارتباطية هذه تمكننا من الاستجابة للرموز، وإلى الانطباعات الحسية المباشرة.

ونحن ندرك أن الإنسان يستطيع أن يكون الرمز وأن يستخدمه وإن كان الحيوان عاجزاً عن إثبات هذا الأمر.

ونحن إذا ما سمعنا صوت إنسان فرد نعرفه في مكان لم نتوقع وجوده فيه، فإننا نعرف صوته ونسترجع صورته، وهذا يعني فسيولوجياً أن موجات صورته هذه تحدث موجات صوتية أثرت في أذنا هذه وقد انتقلت إلى خلايا عصبية موجودة في المنطقة السمعية من الدماغ، وهذه انتقلت إلى خلايا عصبية أخرى من خلال أنسجة عصبية ممتدة من هذه الخلايا إلى مناطق الارتباط وهذه العملية تؤدي إلى عمليات رمزية تثير بدورها صوراً عقلية وذكريات تتصل بصورة هذا الشخص الذي سمعنا صوته.

من هذا نستطيع القول أن الخلايا في الدماغ أما خلية تنبيه عن طريق أعضاء الحس مباشرة فتثير الاحساسات، وأخرى يتم تنبيهها بواسطة نشاط الخلايا العصبية المخية بطريقة غير مباشرة، فتؤدي إلى إثارة الرموز. هذا إلى جانب وجود مناطق ارتباطية حول كل منطقة حسية يكون عملها الذكريات والصور العقلية، وهذه ترتبط بذلك الإحساس الخاص. وهذا الأمر بالنسبة للمناطق الحركية أيضاً ويوجد إلى جانب هذا مناطق ارتباطية كبيرة غير متخصصة وظيفتها إنما تتصل بالعمليات العقلية المجردة . Abstract



الفصل الرابع

تحليل السلوك

- مستويات الوظيفة في الجهاز العصبي والسلوك
- الغرائز، السيطرة الهرمونية للأفعال المنعكسة
- السلوك الإرادي الدافعي
- الخافز في مقابل الدافع

الفصل الرابع

تحليل السلوك (*)

مستويات الوظيفة في الجهاز العصبي والسلوك:

لكي نفهم السلوك فهماً حقيقياً يجب أن نجزئه إلى وحدات أبسط، عندئذ نتعلم كيف تتحد هذه الوحدات لكي تنتج لنا هذا السلوك. فما هي وحدات السلوك؟

منذ حوالي ١٥٠ عاماً مضت شرع Pierre Flourence وهو أحد قدامى علماء النفس الفرنسيين المشهورين في تناول هذه القضية بطريقة تقليدية بسيطة. بأن جزأها إلى مستويات مختلفة ذلك بإزاحة الأجزاء الكلية، وفصل تماماً الأجزاء الأدنى للجهاز العصبي عن تأثير الأجزاء العليا. ثم درس السلوك الذي تبقى.

وعلى سبيل المثال فقد صمم فلورنس Flourens على إظهار هذا الأثر على حمامة منزوعة فصبي المخ. لقد انتصبت الحمامة واقفة بصلاية، وعندما وضعت على ظهرها إستعدادت وضعها وحافظت على توازنها. وإذا أزعجها شيء فإنها لا تستقر إلا إذا إستعدادت توازنها. وإذا دفعت مشت، وإذا قذفت في الهواء طارت. وتستجيب حذقتي عينيها للضوء بوضوح (إحساس) ومع هذا فهي لا ترى (إدراك) وهي لا تسمع ولا تتحرك تلقائياً. ودائماً تظهر كحيوان شبه نائم أو غائب عن الوعي. وعندما صب ماء في منقارها، ابتلعته، وعندما تضايقت تحركت بعيداً عن مصدر الإزعاج، وإذا ما تركت بمفردها، تبقى هادئة لا تظهر أي علامة لتصرف إرادي أو رغبة، وإذا وخزها أحد أو قرصها

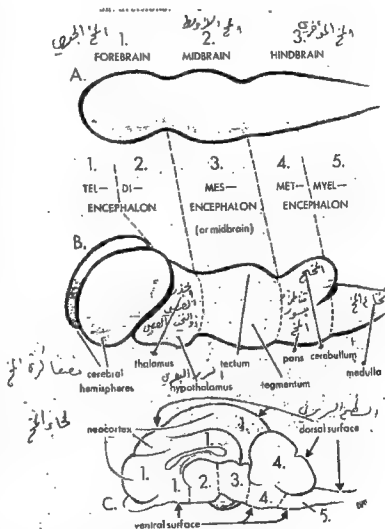
(*) هذه المقالة مترجمة بتصرف من كتاب:

Physiological Psychology, Fundamental Principles by Philip Teitelbaum, 1967, pp. 53 - 59.

أَوْ حَرَقَهَا فَإِنَّهَا تَحْرُكُ وَتَصْبِحُ مُضْطَرِبَةً وَتَنْسَحِبُ وَلَكِنْ لَيْسَ بَعِيداً، وَإِنْ تَظْهَرُ إِلَى حَدِّ بَعِيدٍ أَنَّهَا تَسْتَطِيعُ بِقَدَرِ كَافِ الطَّيْرَانِ. وَإِذَا مَا وَاجَهْتَ أَعَاقِقَ فَإِنَّهَا تَصْطَلِمُ بِهِ ثُمَّ تَعُودُ فَتَصْطَلِمُ بِهِ مَرَّةً وَمَرَّةً دُونَ أَنْ تَبْحَثَ عَنْ طَرِيقِهِ لَتَجْنِيهِ.

شکل ۵-۱

نموذج لتطور دماغ الفقارة (A) ففي الجنين الصغيرة المخ الأنبوي البدائي ينمى ثلاث عناصر جانبية. هذه الأجزاء الثلاثة الأولية المقسمة تت لتشكّل خمسة أجزاء فائ: أحسرى المخ الخلفى، ا الأوسط، المخ الأسامى. وش الشكل (B) أيضاً إلى مساه تلك الأجزاء حيث تحتل الأجزاء الأساسية والمكرو الرئيسية للجهاز العصبى خا فترة التطور الجنينى. (C) م: جانبى لمخ القطعة والذى قد ق طولياً بين نصفى كرة لاً ويظهر كيف أن الأجزاء الثلاثة الخمسة وزعت فى مخ الراء وفى الفقارات ذات المربة ال مثل القطعة، فإن لمخ المخ يفا القشرة الخارجية لنصفى ٢ المخ.



A. McCleary and R. Y. Moore, *Subcortical Mechanism of Behavior*, New York: Basic Books, 1965, p. 19.

من هذه النتائج إنتهى Flourens إلى أن الإدراك والذاكرة والحكم والإرادة تكمن جميعها فى نصفى كرة المخ. ويدونهما تصبح الحمامة آلة للفعل المنعكس، تتفاعل أوتوماتيكياً للمثيرات الخارجية والتي للحظة تَحُل تلقائياً فى السلوك الطبيعى. وردود الأفعال الأوتوماتيكية أجزاء يمكن تمييزها فى المشى الطبيعى، والوقوف والتفادى، مع أنها أبسط، ولم تعد إلى حد بعيد موضوعاً للمؤثرات المركزية التى يتحكم فيها لإحداث السلوك الطبيعى. فالفعل المنعكس إذن هو واحد من وحدات بناء السلوك.

وعندما فُصل الجهاز العصبى عن النخاع فإن الحمامة لم تمش طويلاً. فكانت تتنفس بدون انتظام، ثم توقفت تنفسها فجأة وتوقفت قلبها عن النبض. وإذا كان القطع قد تم تحت النخاع فى العمود الفقرى، لبقى التنفس ولما توقفت نبض القلب، بلا إزعاج. وتعد وحدة أجزاء النخاع أساسية لعدة أفعال منعكسة حيوية وناشطة والتي تساعد على المحافظة على البيئة الداخلية كالتنفس ومعدل ضربات القلب وضغط الدم.

وعندما استؤصل المخيخ وحده وفصل عن بقية الجهاز العصبى ظهر أن الحمامة قادرة على القيام بجميع حركاتها الطبيعية، فقد كانت قادرة على المشى والجري وتناول الطعام والنوم تلقائياً. ولكنها كانت كالمسكرة فقد تمايلت فى مشيتها وبصعوبة استطاعت الحفاظ على توازنها، وعندما حاولت أن تأكل كان التقاطها الطعام بعيداً عن الطعام، ومحاولة التقاطها الناجحة الصعبة ولكون منقارها ناعماً عوقها لدرجة أنها بصعوبة استطاعت التقاط حبة. ولأن سلوك هذه الحمامة منزوعة المخ كان يبدو سليماً فى جميع عناصره، ولكنه كان يفتقر للسيطرة. ولقد خرج فلورنس من هذا إلى أن دور المخيخ هو السيطرة على تأذر الحركات السلوكية أى أن يجعل تلك الحركات سلسلة موجهة ومحددة.

ومن تلك التجارب إستخلص فلورنس أن هناك مستويات للوظيفة فى الجهاز العصبى فالأنماط الأيسط للسلوك تنظمها المستويات التشريحية الأدنى للجهاز العصبى تلقائياً، أما المستويات العليا العصبية فتسود (فتتسيد) Super impose الأنماط الأكثر تعقيداً من الضبط.

الغرائز: السيطرة الهرمونية للأفعال المنعكسة:

Instincts: Hormonal Control of Reflexes:

هذا التناول الكلاسيكى لمستويات الوظيفة قد استخدم مرات ومرات فى الدراسات المثمرة للسيطرة العصبية على السلوك. لقد أجرى الاختصاصى الفسيولوجى للأعصاب البريطانى الشهير Sir Charles Scott Sherrington تشارلز سكوت شارينجتون فى نهاية القرن التاسع عشر دراسة عن تكامل الأفعال المنعكسة فى النحل الشوكى. وفى الثلاثينات من نفس القرن درس والتر ب كانون Waler B. Caannon فى أمريكا تكامل التعبير الانفعالى، وقد تابع مساعده فيليب بارد Philip Bard خط هذا العمل لدراسة السلوك الجنسى للقطعة. دعنا نرى ماذا فعل بارد Bard.

رأى بارد على مدى حوالى سنتين أن القطعة عندما تكون فى حالة من التهيج الجنسى التناسلى (حالة التلهف الجنسى) تتغير كلياً، فتتقوس وتصدر صوتاً منخفضاً خشناً مع خرخرة وهى دعوة للقاء الجنسى. والقطعة تبحث فى الحال وتكون مستعدة لهذا بالاقتراب من الذكور (ذكور القطط) ومن البشر وتحلح جسمها بهم فإذا تلاصقت مؤخرتها أو مناطق التناسل، وتصادمت فإن القطعة المتلهفة تنكمش وتتجمع بطوى الأطراف الأمامية وتخطو فى مكانها وتمد الأطراف الأخرى. ولو أدخل قضيب زجاجى فى مهبلها فإنها ستحرك ذيلها نحو جانب واحد وتخطو بشدة وقوة، بينما تلقى بصرختها

الجنسية. وإذا ما أثبتت بشكل كاف فإنها متصل إلى قمة الشبق معلنة عن ذلك بصرخة عالية ويتبعها تفاعل ما بعد الاتصال من دوران وتلوى بإرتباك مستلقية على ظهرها بينما تتتابع خرخرتها. وعندما لا تشعر بحرارة، أو إذا كانت الغدد التناسلية قد أزيلت، فإن القطة لا تظهر مثل ذلك السلوك. وأن أية إثارة لمناطق التناسل لدى القطة يجعلها تتحرك بعيداً أو تظهر الغضب.

ولقد درس Bard نمط السلوك الجنسي فى أنثى القطط المستأصل مبيضها والتي قطع فيها الجهاز العصبى (أى قطع تماماً من خلال فصل الجزء العلوى عن الجزء السفلى) فى مستويات عديدة. فى حالة القطة المفصولة الحبل الشوكى عن بقية المخ الأعلى (أشير لها فيما بعد بالقطة الفقرية) حتى أن الغدد التناسلية قد أزيلت، وإثارة المناطق التناسلية أحدثت النمط العادى من أنحاء التذلل Crouching والانكماش مع إنحراف الذيل وخضوة الأطراف الأمامية. ولم يحدث أى تغيير فى السلوك الجنسي للقطة الفقرية حتى بعد حقنها بهرمون مثير فعال للعملية الجنسية Estrogen لاستعادة السلوك الجنسي لدى القطة العادية المستأصل مبيضها لم تحدث فرقاً لدى القطة الفقرية. وعتبة الاستجابة الجنسية لإثارة مناطق التناسل هى نفسها كأنها دون هرمونات.

وإذا حدث البتر فى المستوى الأعلى فى المخ الأوسط فوق النخاع. ولازالت القطة لا تظهر أية استجابة للهرمون، وانعكاسات المشى وهز الذيل وزفره والانكماش كانت كلها مستقلة عن الحالة الهرمونية لها. وأن الاستجابة لمفعول الهرمون تظهر فى نمط هذا السلوك إذا كان البتر فوق الهايپوثلاموس بشرط أن يبقى الهايپوثلاموس متصلاً بالجزء الأدنى للجهاز العصبى. وكما لدى القطة الطبيعية، فإن القطة الهايپوثلاموسية المتلهفة

(عندما يكون هذا الأخير متصلاً ببقية الجهاز العصبي من أسفل) ستظهر انعكاسات المجامعة كالمشي والانكماش ورفع الذيل، ولكنها بدون هرمونات تثور ثورة عارمة إذا استثبرت أعضاؤها التناسلية. إن تجارب كثيرة كهذه قادت إلى المفهوم من أن مراكز الهايبوثلاموس تضمنت تكامل السيطرة الهرمونية على أنماط الفعل المنعكس الغير مباشر mediated بواسطة أسفل النخاع الشوكي. وأن أية زيادة في الخلايا (الموجودة في الهيبوثلاموس) ستعيد السيطرة الهرمونية للسلوك الجنسي. وتبرهن تلك التجربة المضادة بأن الخلايا مستجيبة للهرمونات الموجودة في الهيبوثلاموس، وأن تلك الخلايا بدون الجزء الأعلى للمخ كافية للسيطرة على ردود الفعل الفعيرة. عندما يتم مثل هذا الايضاح فيمكن أن نتكلم عن تكامل المراكز العصبية. وبالإستنتاج فإن هذا البرهان الصارم مازال ناقصاً، وأن المرء يمكن أن يفكر بأن الهيبوثلاموس هو عنصر تكامل للشرب والطعام وتنظيم درجة الحرارة ... إلخ.

السلوك الإرادى الدافعى: Motivated Voluntary Behavior

إن القطة الهيبوثلامية لا تبحث عن الإثارة الجنسية، ولكن سلوكها الجنسي بوضوح يكون تحت السيطرة الهرمونية. وكما أظهر بارد Bard أن القطة الأنثى قد أخضعت فقط لإزالة اللحاء الخى (وهو فصل لحاء المخ بقسميه) تعد طبيعية بالضرورة عدا أنها تكون فقط مفتقرة للقدرة على إدراك المثيرات البعيدة، إنها لا تستجيب جنسياً للقطط الغريبة أو الأشخاص الذين يحاولون عادة جذبها نحوهم لقد أصبح من الواضح من خلال تجارب بارد Bard أن السلوك الجنسي للقطة مؤلف من عدة عناصر متحدة في عدة مستويات مختلفة من التكامل:

(١) الأفعال المنعكسة الشوكية Spinal reflexes

وهي أنماط لحركات المشى والانكماش ورفع الذيل والتي تحدث عن طريق الحبل الشوكي وهذه لاتعد حساسة لمستوى الهرمونات الجنسية فى مجرى الدم.

(٢) ردود الفعل الغريزية الهيبوثلامية

Hypothalamic Instinctive reaction

هى أنماط انعكاس شوكي (*) مُسيطر عليها هرمونياً بواسطة التكامل الهيبوثلامى الآلى. وعلاوة على السيطرة الهرمونية، فإن الهيبوثلاموس أضاف مكوناً فعالاً للسلوك (أظهرت القطة الهيبوثلامية لذة أو غضباً عندما أثيرت أعضاؤها التناسلية).

(٣) السلوك الدافعى الإرادى Voluntary Motivated Behaviour

الأفعال غير المنعكسة، وأفعال المبادرة الذاتية تنغمس فى البحث عن موضوعات جنسية - وهذه الأفعال تشير إلى رغبة للانخراط فى ممارسة سلوك جنسى، وتظل أعلى، وهى مستوى للسلوك أكثر تعقيداً.

كيف نستطيع معرفة رغبة القطة فى الانخراط فى ممارسة سلوك جنسى؟

وكيف نستطيع أيضاً معرفة ماذا يريد الحيوان؟ عندما ندرس سلوك الحيوان غالباً ما نصطدم بفرضه الواضح. إن وخزة بسيطة بالدبوس فى قدم أحد الحيوانات تؤدى إلى سحبها مباشرة وهذا يوقف الألم. وإن وزه رمادية تجثم فوق بيضها لتفقسها وإذا تدحرجت إحدى البيضات فإنها ستنتزل إلى المنحدر لإعادة البيضة التى قد تدحرجت إلى أسفل. وإن نورساً صغيراً

(*) دورة كاملة للاتمكاس Spinal reflex.

سيلتقط السمك من خلف والديه اللذين يقذفانه به، وكذلك الفأر الجائع فبعد تدريب ملائم وكاف سيضبط على العمود ليحصل على الطعام.

كل هذه الأفعال قد أمدتنا بنتيجة مرغوب فيها. فقد زال الألم وأعيدت البيضة إلى العش بدحرجتها إلى أعلى أو أن الطعام قد حصل عليه. وفي محاولة لتفسير ذلك السلوك، فهي غواية لتجسيم وتصوير ما كان يمكن أن نشعر به وما يمكن عمله في نفس الوقت كوصف صادق وشرح لسلوك الحيوان. وهذا دائماً ما يكون صادقاً، وربما يكون متصفاً بتعقيد أكثر للسلوك مما هو موجود. فمثلاً وخزة دبوس تسبب انسحاب نفس القدم عند حيوان مخدر، أو عند حيوان قد تعطل نخاعه الشوكي بشدة لذلك فإن الألم لا يصل من القدم إلى المخ. إن سحب الرجل يمد فعلاً منعكساً فقرياً واستجابة مبيتة مثبتة لمثير مؤلم. ليس هناك أية بدائل فالفعل المنعكس استجابة نمطية اتوماتيكية للمثير. فالأوزة الرمادية الراقدة ستعيد أى شئ يشبه البيضة، حتى ولو كان ضخماً وزائفاً. وإذا حدث أن انزلقت البيضة من تحت منقارها وهى تدحرجها، ستظل الوزّة فى التدحرج إلى أن تصل إلى العش لأن الأوزة لا تستطيع كف أو تصويب حركتها. بل ستستمر فى تكملة عمل استرجاع البيضة حتى وإن كان دون البيضة. كما أن صغير النورس سينقر بمنقاره أى مثير عندما يكون جائعاً، وخاصة إذا كان الشئ شبيهاً بمنقار والديه الطويل والضيق ببقعة حمراء عند طرفه، وسيبقى الفرخ ينقر فى هذا الشئ مادام لم يحصل على طعام منه، وسيقوم بهذا العمل بعد تفقيسه مباشرة ذلك قبل أن يطعم من قبل والديه، فالفترة السابقة لفترة إطعامه من والديه وتدحرج البيضة وإعادتها ونقر الجسم، يجب ألا تصنف جميعها على أنها أفعال هادفة، فهي أنماط لحركات غريزية ثابتة، وتظهر غالباً لدى الحيوانات الدنيا، فى حالات هرمونية خاصة وفى استجابة لمثيرات

خاصة (بعض الصور المعقدة لعناصر المثير) إن مثل هذه الأفعال الغريزية غالباً ما لا تكون محوراً للإصلاح أو السيطرة من قبل الحيوان. فإذا استدعت مرة، يجب أن تنهى ولو فشل الحيوان في الحصول على النتائج المرجوة.

عندما نتكلم عن السلوك الهادف، فإننا نعني تلك الأفعال الموجهة نحو هدف والمصحوبة بدافعية متناسقة للوصول إلى الهدف. إن الصفة الأساسية هي الحالة الدافعية، الحالة الجسمانية المركزية التي تتناسق للبحث على أداء فعل محدد للحصول على غرض معين أو تحقيق نتيجة مرجوة ولو استطعنا التأكد من أن تلك الحالة تكون موجودة خلال فعل محدد فيمكن أن نسمى ورضائنا هذا الفعل بالسلوك الدافعي.

ومن الواضح أنه إذا كان الفعل نتيجة أوتوماتيكية كاملة للمثير، فلا حاجة لنا للكلام عن الدافعية. وطالما أن هناك علاقة ثابتة قائمة وموجودة بين المثير والاستجابة، فإنه لا يوجد مبرر لإدخال حالة الدافعية المفهومة ضمناً والتي تستجيب للمثير، إن مثل هذه الحالة يمكن أن توجد، ولكننا ليس لدينا برهان عليها. وعندما نكون متأكدين فقط من وجود حالة الدافعية الأساسية بعيدة عن المثير والاستجابة، قد نستطيع أن نتكلم عن السلوك الدافعي.

ولكى ندخل الدافعية لأبد من فصل العلاقة الثابتة بين المثير والاستجابة، فعملية التعلم تتيح لنا ذلك. لنأخذ أحد أمثلة السلوك الهادف، والمذكور من قبل، كالفأر الذى يضغط على القضيب الحديدى للحصول على الطعام، كيف نستطيع أن ندرب الحيوان على القيام بمثل هذا العمل الإجرائى، (هذا هو الاسم الذى أطلقه سكينر B.F. Skinner) عالم النفس على هذا النوع من السلوك التعليمى والذى درسه (من جميع جوانبه) فتمن نختر

غالباً تحكمياً أى عمل مما لدى الحيوان وتدعم (الفعل) السلوك (والذى يقوى من ميل الحيوان لأداء هذا الفعل) بطعام أو ماء أو أى شئ يحتاجه ويعمل للحصول عليه. ومع أن علماء النفس علموا الفأر الضغط على العمود أو الحمامة على نقر المفتاح. ويمكن لنا أن ندرب أى حيوان على الرقص حول القفص. إذا اخترنا ذلك. وبالتدريب يمكننا أن نجعل الحيوان جائعاً ونستخدم الطعام كتدعيم، ونستطيع أن نستخدم الماء للحيوانات العطشى، أو إزالة أو تجنب الصدمة الكهربائية المؤلمة، لنكافئ الحيوان لأدائه العمل المطلوب. نحن نستعمل الضوء عادة لنشير إلى موعد قذف الحبة، ولكننا نستطيع أن نستعمل نغمة صوتية أو طنيناً أو أى مثير آخر يمكن أن يكتشفه الحيوان أو يشير اهتمامه، ويستطيع الحيوان السيطرة على حدوث الاستجابة، أو عدم حدوثها، إن هذه الصفات المميزة للعمل أو السلوك الذى تعلمه، تحكمياً والتبادل الضرورى لطبيعة الفعل والمثير الذى يحدثه، إضافة لقياس الضغط فالحيوان يجهد نفسه للاستجابة، يميز كعمل تطوعى. فإذا ما تعلم الفرد، فإن ذلك العمل الإرادى يمكن استعماله لأى تدعيم. وهكذا، ولهذا لسوء الحظ فكثير من الاستجابات الفريزية، كاستجابة الضغط على العمود، يمكن أن نفصلها عن حالة الحيوان الداخلية هذه فى الواقع. وفى أى موقف إجرائى فإن المثير، والاستجابة والتدعيم، تعد جميعها تحكمية كلية. ولا تخمل أى من تلك أية علاقة بيولوجية ثابتة مع الأخرى، لقد ربنا هذا الموقف التجريبي بحيث تؤدي الاستجابة للمكافأة أو الإنابة فيتعلم الحيوان الصلة connection أو العلاقة بينهما.

وطالما تعلم تلك الصلة أو العلاقة، فإن الحيوان سيظهر دافعية بالعمل للحصول على التدعيم هذه هى كل المواقف الشرطية الإجرائية بصفة عامة دافعية الحيوان لكى يحصل على التدعيم بانتهازنا قدرة الحيوان على التعلم

ويتدريه للاستجابة بعمل تخكمى إرادى لكى يحصل على تدعيم مقدم نستطيع أن نتأكد أن الحيوان قد حفز. وإذا حدث الإجراء وجدت الدافعية.

الحافز فى مقابل الدافع : Drive Versus Motive

هل توجد دافعية عند الحيوانات المتدنية فى القشرة العرقية للتطور النشوى؟ لناخذ مثلاً حشرة مثل الذبابة السُرّوة (ذبابة تضع بيضها على اللحم) والتي توجد عادة حول روث الحيوانات فى الاسطبلات أو الزبائل، وهل تكون جائعة؟ وهل تبحث عن طعام عندما تحوم حول كومة من الأوساخ وتطن وتطن بشكل مستمر؟ إن عالم النفس الحيوانى فى جامعة بنمطانيا السير فنسنت دزير Vincent G. Dethier قد طور طرقاً لدراسة كيف تتغذى الذبابة الطنانة. إن الذباب يأكل وينمو من محلول السكر الصافى. وكلما بقيت الذبابة بدون طعام فإن قبولها لتكثيف السكر سينخفض وستزداد شهيتها لاستقبال أكبر كمية من الأكل. وهكذا فحرمانها من الطعام يسهل إمدادها واستيعابها له وهذا شبيه بالسلوك الدافعى. ولكننا إذا بحثنا عن برهان مستقل للدافعية، كحالة مركزية متضمنة فى الأفعال المنعكسة العصبية، فسنجد أنفسنا غير قادرين على القول بأن الذبابة جائعة، ولهذا فهى تحاول الحصول على الطعام. إن عملية الطعام هذه عند الذبابة الطائرة تعد فعلاً منعكساً تماماً. إنها سلسلة نمطية من الأفعال ، فعندما تقفز الذبابة فى طبق من الحلوى، تثار حاسة استقبال التذوق فى رجليها كيميائياً، فيمتد خرطومها تلقائياً كفعل منعكس وتمتص السائل. وسواء حدثت الاستجابة أم لم تحدث، فإنها تعتمد كلية على حالة تكييف مستقبلات التذوق وعلى إشارات مرسلة من عصب البلعوم الأمامى أى الجزء الأمامى للفتاة الهضمية أى العصب المرتد والتي تعود إلى مخ الذبابة. عندما تكون العتبة الحسية

منخفضة تحدث الاستجابة إلا إذا كفت بإشارات من الجزء الأمامى للقناة الهضمية، فالتغذية هي استجابة أوتوماتيكية ثابتة لاستطيع الذبابة السيطرة عليها، لقد استتجنا هذا لأنه إذا قطع العصب المرتد وحدث الكف نسبياً واستمرت التغذية أوتوماتيكياً فإنه يحدث أن تنفجر الذبابة من كثرة الأكل. وقد حاول ديزير Dethier مرات كثيرة وبطرق عديدة، ولكنه لم يستطع أن يبرهن أن الذبابة تستطيع أن تتعلم أى شئ أقل من استعمالها بعض الاستجابات التعسفية للحصول على الطعام. لذلك لانستطيع أن نقول أن الذبابة تريد أن تأكل.

ومع هذا فالأفعال المنعكسة التى تضمنت فى التغذية هي الأسهل فى الحدوث أو الإثارة Elicit وعندما حرمت الذبابة من الطعام، وكان ذلك صعب الحدوث عندما ملئ الجزء الأمامى للقناة الهضمية للذبابة، فمستوى النشاط يكون لديها مرتفعاً عندما تحرم ويصبح عندها رغبة شديدة لمجابهة الطعام، وتكون مثارة بسهولة أكثر عندما تكون هكذا.

إن الحالة الداخلية للذبابة تؤثر فى سرعة تهييج جهازها العصبى وتسيطر على الأفعال المنعكسة للتغذية. ومثل تلك الحالة التى تميز كل النشاطات الغريزية يمكن أن نسميها بالحافز. إن حافز الجوع موجود، واقترب الذبابة وقبولها الطعام يزداد أوتوماتيكياً فى مواجهة بعكس السلوك المثار أى المحفز، حيث تكون الحالة الداخلية بعيدة عن الأفعال المنعكسة التى يمكن أن تتدخل فى كل وقت يقوم الحيوان خلاله بعمل تحكمى للحصول على الطعام. وكما أشار ديزير عند استخدامه حشرات مثل نحل العسل والتى تستطيع أن تتعلم، وأنه من المعقول مزاوله ودراسة دافعيات مختلفة لأى الحشرات كالقفران، حيث يمكن أن تدرب على القيام بأعمال تحكمية

وإرادية للحصول على الطعام. وهذه الأعمال يمكن أن تخدم كإشارة لجوع الحيوان ومستقلة عن الأفعال المنعكسة الطبيعية الثابتة المتضمنة في تناول الطعام.

كنا نتكلم عن الفروق الكبيرة فى مستويات السلوك: أو الأفعال المنعكسة، الغرائز والأفعال الإرادية. فهى تشترك فى عناصرها بصفة عامة ولكنها تختلف فى مستوى تعقيدها. ومازال هناك ما ينبغى من قوانين للوظيفة العصبية داخل كل مستوى، وهذه القوانين العامة لجميع المستويات هى كلها تقريباً قواعد عامة للوظيفة العصبية. إن أوجه الاختلاف بين المستويات يجب أن يقدم قرينة لفهم كيفية بناء السلوك المعقد من وحدات بنائية أبسط. وهذه تحدد اتجاه المشكلة لفهم فسيولوجية السلوك، والسؤال ماهى القوانين التى تحكم كل مستوى سلوكى؟ كيف يختلفون وكيف يتشابهون؟ وكيف يعمل الجهاز العصبى لأحدهم؟!

الفصل الخامس

التركيب التطوري للسلوك

- الأفعال المنعكسة لدى الطفل البشرى
- انتشار الفعل المنعكس
- حلقات الفعل المنعكس
- مستويات الوظيفة عند الطفل حديث الولادة
- نمو السلوك المركب
- اختفاء الأفعال المنعكسة كنمو للسلوك

الفصل الخامس

التركيب التطوري للسلوك

الأفعال المنعكسة لها دلالة سيكولوجية ذلك لأنها الطريقة التي تتكامل بها مع أفعال سلوكية أكثر تعقيداً، وإن التهيئات الشوكية Spinal Preparations توضح أن الحركات اللاإرادية تتعارف مع الأوضاع المعقدة وأنماط الحركة التالية Sequential .

وقطع الحبل الشوكي يؤدي إلى عزل اجزاء السلوك، عند الأفعال الناجمة عن الدافع والغريزية والارادية والتي عادة ما تكون راسخة. ولكن تكتيك القطاع الشوكي Spinal section الذي نستخدمه لكشف هذه الأفعال المنعكسة، تدمر إمكانية ملاحظة الأفعال اللاإرادية المعقدة الأخرى التي يمكن أن تتواجد فقط إذا بقيت الصلات بالأجزاء العليا من الجهاز العصبي. فهل هناك طريقة لتبسيط السلوك دون تدمير تكامل الجهاز العصبي؟

الأفعال المنعكسة لدى الطفل البشري

الطفل المولود حديثاً لا يملك الا مجرد مبادئ للسلوك فهو ينام ويصحو على الرضاعة من صدر أمه وعندما يكتر بصرخ ويقاوم. ونحن لا نستطيع أن نتأكد من قدرته على الرؤية، فمن الواضح أن عينة لا تتبع المثيرات المتحركة كما أنه يفتقد القدرة على الإتيان بعمل إرادى موجه. ولكن بعد عدة أشهر يجده يتنسم في وجه أمه ويلاحظ تحركاتها ويمد يده ليمسك بزجاجة الحليب التي قربت نحو عينيه ويجلب حلمة الثدي لفمه بطريقة إرادية

(*) Philip TectelBaum, Physiological Psychology, pp. 60 - 67.

موجهه جيداً. وعلينا فى ضوء هذا أن نسأل كيف ينمو سلوك هذا الطفل؟
فهل هنا عناصر بسيطة أو أجزاء صغيرة هى التى تتكامل فى أفعال سلوكية
أكثر تعقيداً؟

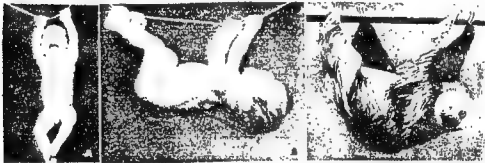
إن الطفل حديث الولادة يمتلك كثيراً من الأفعال المنعكسة تبدو فى
التهييئات الشوكيه. والأفعال المنعكسة يمكن أن تفهم فى ضوء وظيفتها.
فهذه تزيد أو تنقص إتصال الطفل بالمثيرات التى تحركها. ونحن نستطيع أن
نميز فئتين، الأولى، الأفعال المنعكسة للأقتراب والتى تستدر elicit بالمثيرات
ذات الشدة الضعيفة والتى تساعد على زيادة الفرص للاتصال بالمثير. والثانية
الأفعال المنعكسة للإنسحاب التى تساعد على تحديد المثير الضار، ودائماً ما
تثار بالمثيرات القوية.

الأفعال المنعكسة للإقتراب

السلوك الأولى أو الجذرى Rooting أو الأصلى. وكما يظهر فى
الأشكال من (١-٦) عند تلامس حلمة الثدي الصناعية (الجلدية) بوجنة
الطفل حديث الولادة أو ذقنه فإنها تستدر أصل أو جذور الفعل المنعكس.
فحركة الرأس تساعد على تقريب الفم إلى الحلمة. وفى نفس الوقت، يفتح
الطفل فمه، وإذا لامس الحلمة فإنه يغلق فمه عليها ويبدأ فى المص. وهذه
الأفعال المنعكسة آلية تماماً ويمكن أن تحدث هذا سواء أكان الطفل نائماً أو
فى غيبوبة. فهذه تساعد الطفل على الاتصال بصدر الأم وتمكنه من تناول
غذائه.

وعملية القبض أو المسك. تظهر عند لمس كف الطفل حيث تجعله يثبى
أصابعه وتطبق على الشئ الذى إستثاره. وهذا هو الفعل المنعكس للمسك

بأصابع اليد، وهناك أيضاً الفعل المنعكس للمسك بأصابع القدم. كذلك فإن الضغط على الطرف الأمامى لبطن القدم يتسبب فى طي الأصابع (أصابع القدم) إلى أسفل. وتساعد هذه الأفعال المنعكسة للمسك (سواء فى أصابع اليد أو أصابع القدم) على زيادة اتصال اليد والقدم بالشئ الذى استثارهما. كذلك فانهما يتسمان بالقوة. وإذا أعطيت الفرصة لهذا الطفل أن يمسك بيديه حبلاً معلقاً فإن الاستجابة التلقائية reflexively ليديه ستتشبش بثبات حتى يتمكن من دعم نفسه اذا ما ترك معلقاً بالحبل فى الهواء. واذا نظرنا للشكل (١) تتضح لنا الصورة (A) وكما يبدو فى الصورة (B) والصورة (C) أن الوضع الذى يتخذه الطفل الرضيع الذى يتعلق بيديه ورجليه فى الحبل يتشابه بشكل ملفت للنظر الوضع الذى يتخذه الدب Tree-sloth حين يتدلى من فرع الشجرة رأساً على عقب ليصل إلى الشجرة.



الشكل (١) الصور (A-B-C)

الأفعال المنعكسة للإنسحاب

اذا سلطنا ضوءاً ساقطاً على عيني الطفل فسوف نجد أنه يغمضهما فوراً، وبهذا يقطع الطريق على مثير خطف الإبصار. وبالمثل الطعم اللاذع أو

المر يحدث تمنعاً سريعاً وإغلاقاً محكماً للقم مع طى جوانب القم إلى أسفل. والإثارة المؤلمة لليد تستدعى فعلاً منعكساً إنسحابياً يتم ببسط وتمديد الأصابع، وإذا كان المثير قوياً بدرجة كافية تثنى اليد والذراع حتى يساعد هذا على جذبهم بعيداً عن المثير. ويبدو نفس الأثناء فى القدم، فالإثارة المؤلمة لباطن القدم تستدعى بسط أصابع القدم. أما إذا كان المثير قوياً بدرجة كافية فإن القدم تتسحب بشكل كامل.

انتشار الفعل المنعكس

كيف تصبح هذه الأفعال المنعكسة البسيطة متكاملة فى أشكال أكثر تعقيداً للسلوك؟ لقد تبين لنا مما سبق أحد مبادئ تطور الأفعال المنعكسة لتصبح أفعالاً أكثر تعقيداً. فالأفعال المنعكسة تنتشر فى استجابات لتزيد من شدة الإثارة. وكذلك فإن الأفعال المنعكسة المتخالفه هى بصفة عامة وظيفة الإقتراب أو الإبتعاد وتحدث معاً للتعاون فى الإقتراب أو الإبتعاد عن المثير. وعلى سبيل المثال، فإن الفعل المنعكس الأولى Rooting يمكن أن يحدث بنفسه. وعلى أى حال، فإذا ترك الطفل دون طعام لفترة طويلة، وإذا ريت مراراً على وجنته، بحلمة الثدي، فعندئذ ستلاحظ أنه يدير رأسه بقوة ويصاحب هذا قم مفتوح مع المص.

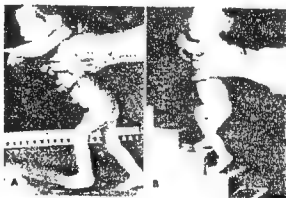
وبالمثل فإن الضوء الساطع يستدعى غلق العينين والكيما لاذعة الطعم يستتبعها قم مغلق، فالمثيرات القوية لأى من النمطين يمكن أن تستدعى كلا الاستجابتين مصحوبه بثنى الرأس بعيداً. والفعل المنعكس لانسحاب القدم أن تتسق أصابع القدم على شكل مروحة فقط. وعلى كل فإذا كان المثير شديداً بدرجة كافية فإن هذه الأفعال تحدث مصحوبة بانثناء الكاحل

والركبة والفخذ إلى أعلى. وبذلك يصبح الفعل المنعكس للإنسحاب واسعاً، حيث يصبح الإنسحاب شاملاً الرجل كلها. ولهذا فإن الأفعال المنعكسة البسيطة تندمج فى سلاسل إستجابة لمثيرات قوية. وهذه الحلقات تجعل الإستجابة أكثر تأثيراً فى الأقتراب أو الانسحاب عن المثيرات. والآلية العصبية nervous mechanism مسؤولة عن الأفعال المنعكسة المتحالفة التى ينبغى أن تكون أساساً لتكامل حلقات السلوك.

حلقات الفعل المنعكس

لا يستطيع الطفل حديث الولادة أن يقف منتصباً، ولكن اذا دعم جسمه وكانت رجليه متصله برفق بسطح الأرض وحرك جسمه إلى الأمام تكون النتيجة خطوات متناسقة وكذلك إذا حرك الطفل إلى الأمام حيث تلامس قدماه سطح درجات السلم فستظهر الخطوات على النحو الذى نعرفه لخطوات صعود السلم العادية (أنظر شكل (٢) الصور A & B).

الشكل (٢) صورة
أخطو عند الطفل
الصورة (ب) حركة
الصعود عند
الطفل.
(المصدر السابق،
ص ٢١٢ و ٢١٣)



فالطفل لا يستطيع أن يمشى بطريقه إراديه عند ولادته، وحلقات الفعل المنعكس تبرز أن هناك أنماطا عصبية تنتظر نمو آليات الضبط الإرادى.

مستويات الوظيفة عند الطفل حديث الولادة

إن الطفل متغيب المخ^(١) عكس الطفل السوى حديث الولادة. بعض الأطفال الذين نموا بشكل غير طبيعى فى الرحم in utero يولدون بجهاز عصبى غير كامل التكوين. وهؤلاء الأطفال يسمون مغيبوا المخ، وسريعا ما يتوفون، ونادرا فى بعض الأوقات ما يعيشون أياما أو شهورا، وهذه كافيه لإجراء تقييم كامل نسبيا لقدراتهم السلوكية، ومثل هؤلاء الأطفال تتسم رؤوسهم بأنها غير كاملة النمو ومتفخة الشكل، وعيونهم كعيون الضفدع وأصابعهم طويلة معقوفة. وطفل من هؤلاء الأطفال توفى بعد عدة أيام من مولده وعند تشريح الجثة اكتشف عدم وجود أى نسيج عصبى فوق النخاع بالرغم من أنه قد بدى أن الحبل الشوكى والنخاع قد نميا طبيعا. ومع ذلك فلقد تبين أن الأطفال متغيبى المخ يكون سلوكهم عند مولدهم يشبه بطريقة مذهلة سلوك الأطفال العاديين. فهم يمصون ويرضعون من صدور أمهاتهم ويقبصون بأيديهم وأرجلهم وتنسحب القدم بشكل طبيعى استجابة لوخزة الدبوس وربما بشكل مغال فيه، فالمشيرات الرقيقة تؤدى بسهولة إلى فعل منعكس واسع للأتسحاب لكل الرجل، وهذه الأطفال لا تبكى ولا تتحرك تلقائيا.

ولقد وجد من هؤلاء الأطفال فاقدى المخ طفل كان لديه جهاز عصبى كامل النمو إلى حد كبير، ويملك حبلا شوكيا طبيعيا نسبيا ونخاع

(1) anencephalic.

والدماغ الأوسط، ولكنه لديه نقصاً في نصفى كرة المخ والمخيخ، وأظهر هذا الطفل الأفعال المنعكسة الأولية السوية للمص والمسك والأنسحاب. وكان على العكس من الطفل متغيب المخ الذى ينقصه الدماغ Midbrain الأوسط، فقد كان يتنفس دون صعوبة وكان يظهر بوضوح أنماط الصحو والنمو والتي تشبه تلك التى لدى الطفل الوليد السوى. كان يرضع ولكن ليس بالقدر الذى يكفى للمحافظة على وزنه ولا بالقدر الذى يزيده. بل كان يفقد وزنه تدريجياً وكاد أن يموت خلال أيام معدودة إن لم يغذى بأنبوبة التغذية. ولقد عاش بالتغذية الصناعية هذه لمدة (٥٧) يوماً، وهو مثل بقية الأطفال فاقدى المخ، فلم يبك ولم يبد أية حركة تلقائية. والأطفال متغيبو المخ آلات للفعل المنعكس مثل حمامه فلورنس منزوعة المخ.

وكما شاهدنا فإن الطفل السوى حديث الولادة يمكن مقارنته من عدة نواح بحيوان منزوع نصفى كرة المخ الذى يفتقد القدرة على العمل الإرادى، وفى نفس الوقت فإنه يختلف عن الطفل مفتقد المخ الذى هو عبارة عن حزمة تتلوى بالنشاط التلقائى، فهو يصرخ ويحرك رجليه ويديه بعنف حين يبلل نفسه أو حين يشعر بالجوع أو البرد أو الألم، وعند إطعامه وتغييره بألبسه دافئة يذعن فى هدوء ويضحك قانعاً ومن ثم يستغرق فى النوم. إنه مثل القطعة الهيبيوثلامية سلوكها غريزى أكثر منه فعل منعكس، فعبثات أفعالها المنعكسة ونشاطاتها التلقائية أكثر تأثراً ليس فقط بالمثيرات الخارجية ولكن بحالتها الداخلية.

ونسأل الأسئلة التالية لكى يكون لدينا فرصة لإمعان النظر؛ - هل النشاط الدورى التلقائى للطفل السوى حديث الولادة ترجع إلى الحالة الراهنة السليمة لـ hypothalamus ؟

- وهل إذا ما كان الطفل متغيب العقل يمتلك هيبوثلامساً سوياً يظهر أيضاً نشاطاً تلقائياً عنيفاً وعواطف قوية للسرور والإنزعاج وأنماطاً للنوم وسلوكاً منتظماً وحسناً لتناول الطعام؟ لاشك أن هذه أسئلة جديرة بالاهتمام وستقوم تجارب المستقبل على الحيوان بتقديم الإجابة عليها.

نمو السلوك المركب:

عندما يصل الطفل السوى إلى سن (٨ أشهر) أو يزيد، ينمو لديه أكثر من نمط للسلوك المركب عما كان لديه عند ولادته. إنه يوجه إنتباهه وإهتمامه نحو الأشياء المتحركة فى الحجرة وكذلك للأصوات. إنه يتسم فى وجه أمه ويضحك بسرور للصوت أو للوجه أو حينما يتأرجح فى الهواء. ومنظر قنينة الرضاعة تثير انتباه الطفل الجائع فى الحال مع توجيه رأسه ناحيتها ويتابعها بصره ويتوجه لها إرادياً للحصول عليها. وفى حالة حصوله عليها فإنه يمسك بها فى شوق ثم يأخذ فى مص الحلمة بقوة. وفى هذه السن يزحف على الأرض للوصول إلى الأشياء التى تثيره والتى لها بريق، وخلال أشهر قليلة بعد ذلك، يكون قادراً على المشى ويبدأ فى الكلام.

وهذه الأعمال ليست أفعالاً منعكسة آلية، بل أن الكثير منها مكوناته مشابهة للأفعال المنعكسة الأولية التى تلازم الطفل عند مولده. ولكن كيف لنا أن نعرف هذا؟ والطفل عند ولادته يمكن مقارنته بطرق كثيرة بالحيوان منزوع المخ. أليس لدينا مشكلة التشبيه حينما نتعامل مع الأطفال تماماً مثلما نعمل حينما نحاول فهم سلوك الحيوانات الدنيا؟ ألسنا مخطئين حينما نعزوا مشاعرنا ورغباتنا الناضجة، وأفكارنا واهتماماتنا لطفل أو قطة أو فرخة أو حشرة؟ من المحتمل، ولكن ألا يصبح الطفل رجلاً له تفكيره

الخاص، وعواطفه ورغباته. أليس من التبسيط الشديد، عندئذ أن نحاول أن نشرح سلوكه فى عبارات آلية بسيطة مثل الأفعال المنعكسة، كيف لنا أن نميز المستوى الملازم للتعقد السلوكى الذى أنجزه عند أى مرحلة من مراحل نموه.

يعتمد المنهج الفسيولوجى أساساً لدراسة السلوك على الافتراض من أن هناك أنواعاً من الوحدات البنائية البسيطة المتنوعة للسلوك التى تتحد فى شكل معقد لينجم عنها الظاهرة السلوكية التى نحاول أن نفهمها. ولقد رأينا ذلك من خلال سير غور الجهاز العصبى عند المستويات المختلفة أو بدراسة سلوك الأطفال حديثى الولادة، وسنكتشف مستويات متعددة للسلوك: أفعال منعكسة، وغرائز، وسلوك إرادى دافعى. وعند كل مستوى نبدأ فى استخراج القوانين التى تحكم ذلك السلوك. ولكن لكى نستفيد من مثل هذه المعرفة ينبغى أن نكون قادرين على التعرف على مرحلة السلوك التى ظهرت أمامنا. وينبغى أن نكون قادرين على التمييز بين الفعل المنعكس والفعل الإرادى والفعل الغريزى وبين الفعل الآلى والفعل الهادف، بين الاستجابة المتعلمة والاستجابة الفطرية، وبين الفعل الشعورى والفعل اللاشعورى .. إلخ لذلك ينبغى علينا أن نشكل العلامات التشخيصية السلوكية التى تبين لنا أى نمط من السلوك نحن نتعامل معه.

الشكل (٣) حلقة الفعل المنعكس مع جسم مدلى مائل فى موضع جانبي والرأس مرتفعة.

والصورة (A) الموضع الجانبي الأيسر. والصورة (B) الموضع الجانبي الأيمن. والصورة (C) إنطفاء الفعل المنعكس للتدلى فى الموضع الجانبي الأيمن بالانحاء السلبى للرأس.

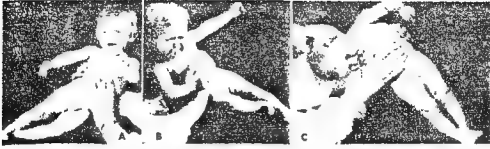


Figure 6-7 Asymmetrical chain reflex with the body in suspended oblique lateral position and head up. (A) Left lateral position. (B) Right lateral position. (C) Extinction of suspension reflex in right lateral position by passive lowering of head. (A. Peiper. Cerebral Function in Infancy and Childhood. New York: Consultants Bureau, 1963, p. 183.)

(A + B + C)

الاعتماد الكامل لوضع جسمها في موضع رأسها يبين أن الطفلة لا تقاوم للمحافظة على التوازن ولكنها آلياً بفعل منعكس تضبط جسمها ليصبح ملائماً مع موضع رأسها. لهذا نرى كيف أنه من الأهمية أن نتحقق من درجة التعقيد الظاهرة في السلوك.

اختفاء الأفعال المنعكسة كنمو للسلوك:

تختفي الأفعال المنعكسة اللاإرادية البسيطة التي ترافق الطفل منذ مولده كتقدم للنمو. وعند سن (٤ - ٦) أشهر يكون الفعل المنعكس الآلي للمسك باليد أو القدم، والأفعال المنعكسة الأولية للفم، المص وأنماط الخطوات المتناسقة التي شاهدها من قبل، كلها تصبح من الصعوبة بمكان استدعاؤها كمقدرة إرادية للوصول، والمسك، والأكل، ونمو المشي. وأخيراً فالأعمال الهادفة الإرادية تسيطر على سلوك الطفل، والأفعال المنعكسة يبدو أنها تختفي.

وهل يعنى هذا أنها لم تعد جزءاً من سلوكه؟ وهل يمكن لنا إهمال هذه الوحدات الصغيرة في محاولة لفهم سلوكه؟ وهل هو قد استخدم هذه الميكانيكيات البسيطة فقط كسند له خلال نموه المبكر ليرمي بها بعيداً عندما يصبح قادراً بإدهاش على السلوك المعقد للإنسان الراشد؟

إنها مازالت بوضوح مستمرة فى الجهاز العصبى . حيث أن هناك من الأفراد من قطع حبله الشوكى نتيجة وقوع حادثة لهم . وأن النصف الأسفل من الجسم قد قطع تماماً من الدماغ ، ولم يكن هناك إحساسات فى الجسم تحت مستوى هذا القسم ولم تكن هناك حركات إرادية يمكن أن تقوم بها الأطراف التى يسيطر عليها الجهاز العصبى أسفل ذلك القسم . ومع ذلك فإن الأفعال المنعكسة لهذه الأطراف ، المسك والإنسحاب التى تشاهد فى الطفولة يمكن أن تستدعى . لهذا فإن ميكانيزمات الفعل المنعكس تكون قائمة حتى وإن احتجبت عندما يكون الجهاز العصبى سليماً وغير مصاب بأذى . وأنماط حركة الفعل المنعكس البسيطة تتحول إلى أفعال سلوكية أكثر تعقيداً كلما تطور الجهاز العصبى . وتصبح موضوعاً للضبط الإرادى . وينبغى أن نتعلم لكى نتعرف على وجودها ونكتشف كيف تؤدي الآن وأنها موضوع لأشكال أكثر تعقيداً للضبط العصبى . وينبغى علينا أيضاً ألا نفصل الوسائل التى بها تتكامل الأجزاء العليا للجهاز العصبى مع هذه الأنماط البسيطة فى أعمال معقدة .

الفصل السادس

الإنفعال

Emotion

- القوام العصبي للتعبير الإنفعالي

- تحليل الجهاز الطرفي

- الاقدام والاحجام الإرادية

الفصل السادس

الانفعال (*)

Emotion

التدعيم مصطلح فنى (تكنيكى) reinforcement للدلالة على الرضا
الناجم عن فعل إجرائى، وسرور متمرس عندما نتجز عملاً أو نحصل على
شئ أو نحظى بنتيجة نود تحقيقها. فكيف يشعر المرء بالسرور؟ وكيف يشعر
المرء بالفعل بأى انفعال؟

القوام (أو الأساس) العصبى للتعبير الانفعالى

The nervous substrate of emotional Expression

فى تناول تقليدى لمستويات الوظيفة العصبية اختير فيليب بارد Bard
عملية التكامل العصبى للانفعال بطريقة مماثلة تماماً لتحليله للسلوك
الجنسى. ويتقسيمه للجهاز العصبى لقطة على مستويات مختلفة، أظهر بارد
Bard أن ما تحت سرير المخ (المهيد) hypothalamus «خاص بالانفعالات»
لا يبد متصل بالأجزاء السفلى للجهاز العصبى للتعبير المتكامل للانفعال لكى
يحدث. ودرس بارد Bard السلوك الغاضب كنموذج انفعالى ظاهر بوضوح
فى قطة عادية. وتمثل القطة السوداء هالوين صورة مطابقة للغضب فى أوج
درجته، الهسهسة - الهرير - البصق - النواء وتقف القطة الغاضبة متحفزة
للهجوم أو لتفادى الهجوم المضاد فى صورة ظهر مقوس وعيون متقدة (ذات
بؤبؤ متسع) وشعر واقف ومخالب بارزة وقلب سريع الضربات وضغط دم
مرتفع، مثلاً كلاسيكياً لجهاز عصبى نشط ومتعاطف ومتأذر. وإذا أثير

(*) هذه المقالة مترجمة بتصرف من كتاب: Philip Teitelbaum, Physiological Psychology, pp. 101 - 108.

غضب قطلة عادية فى شارع، أو حديقة إثارة كافية فإنها مستطلق للهجوم، وهى قادرة على قتل أو إيذاء أى حيوان حتى وإن كان أكبر منها حجماً. فالقطلة منزوعة اللحاء أو القشرة decorticate تدفع للغضب بسهولة أكثر من القطلة العادية، فإن أى قرصة فى ذيلها أو رجلها توصلها إلى درجة عالية من الغضب. ولكن القطلة التى ليس لها لحاء فإن هجومها ينقصه حسن التوجه، فعند قرص ذيلها تغضب وتضرب وتهسهس وتخدش فى الأرض التى أمامها وليس على المثير نفسه. وفى الحال عندما ينتهى الألم يهدم الغضب. ويستطيع المرء أن يضع يده على فم هذا الحيوان المنزعج الأجرد أى منزوع اللحاء بلاخوف، وتنقص حالة الغضب بعد التفرغ الطبيعى والتى تجعلها قادرة على الإصرار فى حالة غياب المثيرات الخارجية. ولهذين السببين فإن هذا الغضب المزعج يسمى الغضب الزائف إنه التعبير المتكامل عن الغضب بلا انتباه وخاصة المثابرة للانفعال الطبيعى. ويتحقق الغضب الزائف بسهولة فى عدم وجود اللحاء (فأقل المثيرات تحركه)، ولهذا فإن عمليات إزالة القشرة تكف التعبير عن الغضب بطبيعة الحال. كذلك فإن إزالة مقدمة المخ أعلى الهيبوثلاموس أيضاً ينتج عنها الغضب الزائف. وإذا ما تم القطع خلف الهايبوثلاموس وفصله عن الجهاز العصبى التحتى عندئذ لا يحدث الغضب المتأذر. والقطلة المنزوعة اللحاء تظهر قليلاً من التعبير الانفعالى كالهدير والخرخرة والهسهسة، ولكن لم تعد تتكامل تماماً فى نمط كلى. فالقطلة المنزوعة المخ مثلاً تظهر غالباً علامات الرضى (الخرخرة) بينما تحدث الهسهسة والهدير فى الغضب. ولهذا فإن الهيبوثلاموس يعد هاماً وضرورياً للتكامل وللتأذر فى التعبير الانفعالى.

دورة باييز: القوام (*) العصبى للتجربة الانفعالية الوجدانية

لكى يجرب حيوان ما الانفعال، فإن تكوينات معينة فى مقدمة المخ يجب أن تكون سليمة، ومفتاح حل الغاز نسق التكوينات متضمنة فى تجربة الانفعال التى ظهرت فى عام ١٩٣٧ على يد أخصائى التشريح العصبى James W. Papez جيمس باييز.

لقد تأثر باييز بالأعراض الناتجة عن فيروس داء الكلب، زملة أعراض متزامنة ظهرت بصورة مخيفة فى كلب مسموم عنيف. شُخص عن طريق أعراض انفعالية تشنجية شللية paralytic، وكان داء الكلب يعطى دليلاً على التكوينات العصبية المتضمنة فى الانفعال. تظهر فى الإنسان، وعند بدء المرض يظهر الأرق، والقابلية للاستشارة، والتعب. وهذه تقود إلى مرحلة الإثارة والاضطراب الانفعالى العميق. وهناك قابلية للاستشارة مفرطة لكل أنواع المثيرات كالضوء والصوت وكل موقف مثير يحدث خشية وخوفاً من اشتداد المرض. يبدى المريض مظهراً من الخوف ممزوجاً بالرعب والغضب. ويتطور خوفاً الماء (Hydrphobia) أو الخوف من الماء كنتيجة لتقلصات بلعومية مؤلمة عندما يحاول المريض ابتلاع السوائل. فالرغوة على الفم Foaming عارض عام للانزعاج التلقائى:

والآفات على الجهاز العصبى تنشأ من داء الكلب وغالباً فى قرن آمون hippo campus على الدماغ وفيما تحت السرير الخفى وكلاهما تكوينات على الجدار الأوسط للمخ.

جاء باييز بعد دراسة دقيقة لتطور المخ بنتيجة أن الجدار الأوسط لنصف كرة الدماغ متعلق تشريحياً وفسيولوجياً بما تحت السرير الخفى وأن الجدار

(*) الأساس.

الجانبى متعلق بالمهاد البصرى الخلفى. وعلل بايز ذلك بأن الممرات الحسية فى الأعضاء المستقبلية تنقسم إلى ثلاث قنوات عند مستوى المهاد البصرى كل منها يوصل مجرى هام للنبضات، أحدهما يوصل النبضات من خلال المهاد البصرى الخلفى إلى أبنية مقدمة المخ والتي يعتقد أنها متضمنة فى محتوى النشاط الحركى. هذه القناة تمثل مجرى الحركة، والمجرى الثانى يوصل النبضات من المهاد البصرى الخلفى إلى اللحاء الخفى الجانبى. وهذا المجرى يمثل «مجرى الأفكار». وفى نفس الوقت فإن الممر الثالث يوصل مجرى النبضات إلى ما تحت سرير المخ. وبما أن ما تحت سرير المخ متضمن فى النشاط الانفعالى فهذه القناة تمثل مجرى الشعور. لذلك فإن التكوينات الموجودة فى الجدار الأوسط لنصفى كرة المخ المتصلة بما تحت سرير المخ يجب أن تدخل فى تجرية الانفعالات.

إن قرن آمون فى الدماغ يرسل خلال حزمة ليف. تعريف بالتجويف، نبضات فى المساحة الحاجزية إلى الأجساد الشديدة، النواة الموجودة على مؤخرة الهيبوثلامس (خاص بالانفعالات) ما تحت السرير الخفى. ثم ترسل هذه النبضات على طول المهاد التدبى إلى النواة الداخلية فى المهاد الثلاثى (سرير المخ) ويتم التناوب مع بعضهم حتى اللحاء الطوقى اللونى وهكذا فى اللحاء (قرن آمون فى الدماغ) إلى ما تحت الهيبوثلامس السرير الخفى ورجوعاً إلى اللحاء (تلافيف الدماغ ذات الطوق اللونى) وبذلك تتم دورة تقوم بتقوية الفكر على التعبير العاطفى للحالة الوجدانية والعكس بالعكس. وحديثاً جداً فإن اللوزة وهى تكوين موجود قرب قرن آمون ومتعلقة بالهيبوثلامس بحزمة ليفية (المشط النهائى) قد دخلت فى التكوينات الوسطى التى بمجموعها تعرف بالجزء الشمى فى الدماغ (دماغ الشم) كما تعرف أيضاً بالنسق الطرفى Limbic system.

تحليل الجهاز الطرفى:

فى دراسة وافية كرسى للجهاز الطرفى منذ تعرضت ورقة Papez عام ١٩٣٧ لتعديلات لافتة للنظر.

زملة أعراض المنطقة الحاجزية The septal Syndrome

وفى طريقهم من قرن آمون فى الدماغ إلى الهيبوثلامس فإن الياف التجويف المارة خلاله تتصل وتتقطع كل اتصالاته مع كتلة من الخلايا المجتمعة فى منطقة مقدم المخ المعروفة بالمنطقة الحاجزية. وفى عام ١٩٥٣ اجتمع الاختصاصى النفسى Joseph V. Brady وأخصائى تشريح الجهاز العصبى Walle H. Nauta فى مستشفى وولتر ريد للتعاون فى دراسة القوام العصبى للسلوك الانفعالى (neural substrate of emotional behaviour). واكتشف أن (الإصابات / التهتكات) الآفات فى المنطقة الحاجزية للفيران ينتج عنها مجموعة من الأعراض التى تمثل فى بعض الأحيان بشكل مدهش بعض أعراض داء الكلب.

بعد التلف الحازى تصبح الفئران الهادئة بطبيعتها يقظة بشكل مدهش بعيون تتبع عن عمد حركات الملاحظ المقرب من القفص. وتحدث رد فعل سريعاً ومفاجئاً لدى أقل نفحة هواء على جلد الظهر (أى تكون لديها القابلية للاستشارة الشديدة؟) أو تقديم أى مشير سمعى.

الاستجابة الاستكشافية النموذجية للفأر العادى أمام شئ غير مؤذ كقلم رصاص يستعاض عنها فى الفأر الذى لديه المنطقة الحاجزية تالفة «التجمد» (فالْفئران العادية عادة ما تتجمد عندما تشعر بالخوف) وتلف الشوارب إلى الأمام يتصلب. وبسرعة تهاجم الأشياء المقترية وفى الحال بعض وحشى. وإذا ما حاول أحد أن يمسكها أو يأسرها ترد بهجوم شرس وهروب سريع. وغالباً

ما يثير مجرد فتح باب قفص الحيوان ليقفز خارجاً وفي الحال. وعند وضع خمس أو ست حيوانات *spetal animals* ذات حاجز مخي في قفص يقفون متحفزين بتصلب على أرجلهم الخلفية، يراقبون بعضهم البعض. وأقل حركة من أحدهم أو أقل ضجة تحدث سلسلة من ردود الفعل العنيف من الصراخ والقفز والهجوم الفتاك والعص.

عناصر التكوينات المتضمنة في الشرب:

وكما وصف سابقاً (90-89 pp) إن إثارة الكولين (استيل الكولين) فيما تحت المهيد (السريخ الخي) الجانبي تؤدي إلى الشرب الشره. ولقد كان الاكتشاف الواسع الانتشار للمخ، قد اكتشف حديثاً أن الشرب يمكن أن ينتج عن إثارة الكولين للتكوينات (*). الموجودة على طول دورة باييز في قرن آمون خلال المنطقة الحاجزية وفي الهيبوثلامس الجانبي. وبما أن خوفاً الماء (فوبيا الماء *Hydrophobia*) هو عرض بارز لداء الكلب وأن المرء يمكن أن يتنبأ بمثل هذه النتيجة.

الأناس العصبي للذة: The neural Basis of pleasure

إن أكثر الاكتشافات المثيرة في العمل الحديث على الجهاز العصبي ما تم سنة ١٩٥٤ على يد الأخصائيين النفسيين James Olds & Peter Milner العاملين معاً في جامعة ماك جيل McGill. لقد انطلقوا في محاولتهم لتحديد إذا ما كانت الإثارة الكهربائية في أجزاء مختلفة للجهاز الشبكي المعقد النشط في مخ الفئران يميز قدرة الفأر على تعلم المتاهة. على أية حال فإن الإثارة الكهربائية في بعض أجزاء من المخ خاصة في المنطقة الحاجزية لها تأثير تدهوري بصورة واضحة على تعلم المتاهة. وبدلاً من الركض بطريقة

(*) Colinerbic مادة توجد في جميع الخلايا.

صحيحة وبسرعة خلال المتاهة للوصول إلى الطعام فى صندوق الهدف، تتوقف الفئران عن الركض عندما تثار كهربياً وتدير إلى الخلف فى الطريق الذى أتت منه. وبغربة شديدة يبدو أنهم يرجعون إلى المكان فى المتاهة الذى تلقوا فيه إثارة المخ، ويتصرفون كأنهم يبحثون عنها. لماذا يجب أن يبحثوا عن إثارة المخ؟ هل من الممكن أن يكون هذا ما يحبونه حقيقة؟ وهل هم راغبون فى العمل من أجله؟ من أعمال Olds وغيره عرف الآن جيداً أن أجناساً كثيرة (منها القطط والكلاب والقردة وحتى كلاب البحر) الدولفين ستضبط على قضيب آلاف المرات فى الساعة، وساعة بعد ساعة للحصول على إثارة كهربية للمخ. والأفراد الذين يشارون فى مناطق تحت القشرة اللحاءية مشابهة يخبرون اللذة. وعندما تكون الفئران جائعة جداً تعبر شبكة كهربية لرغبة أكثر فى الحصول على إثارة للمخ عنها للطعام.

ويعملون فى ضوء جداول منتظمة لإثارة المخ كما يعملون من أجل تدعيمات أخرى كالطعام والماء. وتتطلب المثيرات الطبيعية (مثل الضوء أو نغمة الصوت) عندما تتزوج مع إثارة المخ المناسبة خصائص تدعيم ثانوى (الفأر الآن يعمل لتلقى الضوء أو النغمة الصوتية). ولهذا فإن إثارة المخ فى الأماكن الصحيحة إنما هو تدعيم. كما أظهر أولدز Olds والعاملون معه ومرة أخرى كما تمكن من أن يتنبأ ببيز Papez أن كثيراً من أبنية المخ والتي فيها تكون الإثارة مدعمة تقع فى مركز الشم فى المخ خلال الألياف المعروفة بالحزمة bundle الوسطى لمقدمة المخ. وهذا يجرى صموداً ونزولاً بين بصيلات الشم والهيپوثلامس الجانبي والمخ الأوسط مجرباً الصالات، ومستقبلاً ألياً ما فى كثير من الأبنية الطرفية والتي تمر على طول الطريق.

كذلك نستطيع أن نرى أن الإثارة الأكثر توسطاً منفرة (aversive). وكما اكتشف الأخصائى النفسى بطريقة غير معهودة Neal E. Miller وزملاؤه فى جامعة Yale أن الحيوانات ستتعلم الاستجابة لإثارة الهرب عن طريق نظام حول البطنى periventricular المتوسط الذى يمتد خلال مساحات البطن الأوسط ventromedial للمهيوثلامس داخل المخ الأوسط، ونأخذ هذين النظامين معاً أحدهما إيجابى والآخر سلبى وتمدهم بقوام فسيولوجى للتجربة الانفعالية المنفرة والسارة.

الإقدام والإحجام الإرادى Voluntary approach and Avoidance

ماذا يعنى القول أن إثارة المخ هى التدعيم الإيجابى؟ وذاتياً، فإن المثير أن نشعر بالرضا ونتمتع به ونرغب فى الزيادة وموضوعياً فعندما نتعامل مع الآخرين أكثر مما نتعامل مع أنفسنا أو مع الحيوانات، نستعمل القسم الثانى من تعريفنا لنثبت القسم الأول، إذا رغب المفحوص أكثر فهو يتمتع بهذا. وعندما يعطى السيطرة على المثير، فهو إذاً يتسبب فى حدوثه إرادياً ومتكرراً، وحينئذ نعرف أنه يريده ولهذا فهو يشعر بمتعة حياله. ولكن كيف يشعر حيوان برغبة فى مثير وهو لم يسبق له أن جربه من قبل؟ اللذة الأولى يجب أن تثير الرغبة للأكثر. وذاكرة العمل الذى انتج المثير المدعم يجب أن يخلق التوقع الذى سيحدثه مرة أخرى. وبالرغبة والترقب المثاران يؤدى الحيوان العمل ويتلقى المثير.

لماذا يكون لزاماً علينا أن نتعامل مع مفاهيم concepts غامضة كاللذة مثلاً والرغبة. والذاكرة والتوقع؟ نحن نعرف أن الأفعال المنعكسة مبنية ببساطة داخل النظم العصبية للإقدام والإحجام للمثيرات. ولماذا لانقول أن المثير لأى قوة كافية يحدث بطريقة أوتوماتيكية حركات الفعل المنعكس

للإقدام أو الإحجام. ولماذا لانفسر الإثارة الذاتية في المخ كفعل منعكس بسيط للاقتراب؟ وأن مثير المخ يحدث الإقدام الذى ينبه Triggers المثير مرة إثر مرة. والضغط غير المقصود على القضب ينتج المثير. وهذا يحدث إقدام إنعكاسياً للقضب، ومرة ثانية ينبه عرضياً المثير الذى يسبب إعادة الدورة تكرارياً. وكل هذا يحدث أوتوماتيكياً، والحيوان لا يعرف أنه سيتلقى المثير ولا أنه يتلذذ به.

هل يسيطر الحافز أوتوماتيكياً على سلوك الحيوان، أم أن سلوك الحيوان يسيطر على المثير لإرادياً؟ وهل الفعل فعلاً انعكاسياً أم إجرائياً؟ وكما رأينا فإن طبيعة الفعل حاسمة is critical وإذا كان هذا غير متعلم، نمطاً (ثابت على الشكل) وكان فقط نتيجة للمثير، وأنه فعل منعكس. ولكن إذا استطاع الحيوان تعلم فعلاً تعسفياً أو سلسلة من الأفعال للحصول على المثير، أو إذا كان الحيوان سيبحث بنشاط عن المثير وتتوافق أفعاله للحصول عليه (كما فى متاهة الجرى) فإننا سنتأكد تماماً أنه ليس فعلاً أوتوماتيكياً، وأنه فعل إجرائى معرض لسيطرة حالات دافعية، وتجربة ماضية مكتسبة بالتعلم. ويطبق نفس التعليل تماماً على النسق المتوسط حيث يقود المثير للسلوك الاجرائى الذى يتجنب إثارة أبعده. وهكذا فإن هذه الأنساق فى الدماغ متضمنة فى الإقدام والإحجام الإراديين.

كيف تكون هذه الأنساق مرتبطة أوتوماتيكياً أكثر من كونها حيلاً للإقدام والإحجام غير متعلمة؟ هل إثارة نسق التدعيم الإيجابى يسهل الأفعال المنعكسة للإقدام مثل الرضاعة والقبض عند الطفل الوليد؟ وما هى العلاقة التى تجعل هذه الأنساق أن يكون لها مثل هذا الإقدام الغريزى (أى أن تسيطر عليها حالات هرمونية داخلية بالإضافة إلى مثيرات خارجية). إنه

من الممتع فى هذه الحالة أن الإثارة الهيبيوثلامسية الجانبية التى تحدث الإقدام وابتلاع الطعام، هى أيضاً تدعيم إيجابى، لهذا فإن الحيوان سيعكر الضغط على القضييب وذلك ليتم الحصول على إثارة الدماغ والتى عادة ما تغريه لأن يأكل. لماذا كان لزاماً على الحيوان أن يعمل لكى يجعل نفسه جائعاً؟ أليس الجوع غير لازم؟ أم أن بعض حالات الجوع شهوة ممتعة؟

وإذا كان نسق التدعيم الإيجابى يسهل الإقدام، فكيف يؤثر على الإحجام؟ ربما أن كلا النسقين (الإقدام والإحجام) مثبطان بالتبادل؟ فهل إذا أصاب أحدهما تلف أو إعاقة يتحرر الآخر من الكف؟ نحن نعرف أن النشاط الهيبيوثلامس البطنى الأوسط المركزى يكف التغذية. وأن تلف نواة ما تحت بطن ventromedial وسط السرير الخفى) يؤدى إلى الإفراط فى الطعام، ويحتمل حدوث هذا من خلال تحرر نسق التغذية الهيبيوثلامس (جهاز التغذية فى المهيد الخفى) الجانبى من الإثارة الذاتية للهيبيوثلامس الجانبى. ولقد ظهر حديثاً أن الأمر كذلك، حيث تأيدت فكرة أن النسق السلبى (الإحجام) يكف النسق الإيجابى (الإقدام).

نحن نعرف أن الأفعال المنعكسة الطفولية للإقدام والإحجام، تختص كسلوك نام إرادى. وهل أنساق الإقدام والإحجام الإرادية تنمو فى نفس الوقت؟ وهل يصبحان ضروريان لنمو السلوك الإرادى؟ وهل تلف النسق الإيجابى يؤخر نمو الإقدام الإرادى؟ وبالعكس، وهل الإثارة تعجل به؟ وبوضوح فإن هناك أسئلة أكثر من الأجوبة فى مجال علم النفس الفسيولوجى ولكنها أسئلة مهمة نأمل أن يجاب عنها قريباً.

الفصل السابع

النشاطات النفسية الفسيولوجية

- الحرارة.
- سلوك الجنس والأمومة.
- النوم.
- الخوف والغضب.
- سلوك الاستطلاع والاستكشاف.
- حاسة الإبصار.
- حاسة السمع.

الفصل السابع

النشاطات النفسية الفسيولوجية

الحرارة:

بعد الأكل يتم تخزين السكر في الكبد ثم ينطلق بين الوجبات لكي يكون تركيزه في الدم ثابتاً قدر الإمكان، وحينما تقل فعالية الإرشادات المرسلة إلى الكبد ليطلق كميات من الدم أكبر يحدث الشعور بالجوع ومن ثم يقبل الإنسان أو الحيوان على الأكل أو يبحث عنه.

وفي الحيوانات ذات الدم الحار والتي لا تتأثر بدرجة الحرارة في البيئة المحيطة بها لديها أنظمة على درجة عالية من الدقة تنظم حرارتها بحيث يكون العرق وسيلة للتبريد، ورفع الشعر كوسيلة للاحساس بالدفء والارتعاش وسيلة أيضاً لتوليد الحرارة في العضلات.

وعندما تصل هذه الوسائل إلى أقصى فعالية يبحث الكائن الحي عن مكان بارد أو مكان دافئ، وعلى ذلك فإن البحث عن درجة حرارة ملائمة يعتبر من أهم الدوافع خطراً على الإنسان والحيوان.

والسرير التحتاني له دور بالغ العظمة في تنظيم الانعكاس الحرارى .. وحرارة الحيوان يمكن أن تزداد بوساطة مجس معين فيلهث ويتصبب عرقاً فتتخفض درجة حرارة جسمه، أما إذا انخفضت حرارة السرير السفلى فإن الحيوان يرتجف وترتفع درجة حرارته إلى أعلى من المستوى العادى.

وحيث يبرد الكائن الحي يسعى للطعام ليتوافر له قدر من الطاقة وكحل طويل الأمد تتكون لديه طبقة من الدهن تعزل عنه البرودة، وإذا كان القبيظ شرب الحيوان حتى يتوافر لديه مقدار من السائل يتيح له حدوث العرق.

ومن الملاحظ أن الفئران الجبلية تسعى لبناء عششها قبل الولادة، وقد يكون مرد ذلك أن الهرمونات السائدة في هذه المرحلة تؤثر في خلايا الحاسة الحرارية الأمر الذى يجعل هذه الفئران تشعر بالبرد يسرى في جسدها.

سلوك الجنس والأمومة:

الدافع الجنسي يلعب فيه السرير التحتاني دوراً بالغ الأثر ذلك أنه عندما يتلف السرير السفلى الأمامى، يفقد الشخص أو الحيوان الاهتمام بالجنس.

ففي الحيوانات ذات العادات الجنسية الموسمية نجد أن كل من الغدة النخامية والسرير السفلى يعملان على تنضج الأعضاء الجنسية وتكون لدرجة الحرارة أو لزيادة طول الموسم دوره في هذا المجال.

والدافعية الجنسية تتحقق عندما تنضج الغدة التناسلية وتفرز الهرمونات الجنسية التي تصل إلى السرير السفلى عن طريق مجرى الدم وهذه الدافعية الجنسية تجتذ مجالات متعددة للنشاط فقد تبحث عن مكان ملائم للتناسل، كهجرة الطيور والأسماك وغيرها والاقتران بين الذكور للفوز بالأنثى أو الدفاع عنها كذلك فإن الهز أو الغزل الجنسي وسيلة للدافعية الجنسية كذلك بناء الأعشاش.

وقد قامت تجارب لاستشارة السلوك الجنسي بطريقة تجريبية لذكور الفئران بحققها بكميات قليلة من الهرمونات في الجزء الجانبي من السرير التحتاني الأمامى، وقد نجم عن هذا أن إناث الفئران إذا ما وقع لها ما وقع للذكور أن تمتطى الإناث ظهور الفئران الأخرى ويعتف.

واستئصال المبيض عند إناث القطط يؤدي إلى رفضها الذكر رفضاً تاماً، علماً بأن إناث القطط لا يمارسن الجنس إلا أثناء فترة قصيرة أثناء الدورة الجنسية، حتى أن هذه القطط التي أجريت لها عملية استئصال المبيض إذا

حققت بهرمون يذوب ببطء شديد ويصل إلى منطقة السرير السفلى كانت تتقبل الذكر باستمرار وطوال فترة استمرار كمية الهرمون وحتى تنتهى. أما تلك التى لم يصل الهرمون إلى هذه المنطقة فإنها لم تسع أى منها إلى الجنس. وعلى أساس ما تقدم فإننا نستطيع القول أن الإحساس الجنسي لدى الإناث يعتمد أيضاً على نشاط هرمون الجنس فى السرير التحتانى وليس على وجوده فى باقى أعضاء الجسم بما فى ذلك الأعضاء التناسلية.

واستشارة السرير التحتانى بواسطة الكهرياء أدى إلى تَكوّن سلوك الغزل بين ذكور وإناث الدجاج كذلك فإنه ثبت من التجارب أن اللوز تؤثر فى السلوك الجنسي ذلك أن بعض خلاياها تنفجر بهزة التهيج الجنسي. ومن المحتمل أن صرع الفص الصدغى يؤدى بأصحابه إلى أنهم يعانون فى الغالب إما من الضعف الجنسي أو من الميل الجنسي الشاذة.

ولاشك أن البرولاكتين له دخل فى سلوك الأم نحو رعاية الصغير وعلى ذلك فإن هناك علاقة بين السلوك الوالدى والسلوك الجنسي فالهرمون الذى يستثير الغدد الثديية لإفراز اللبن يؤثر فى السرير التحتانى وأن الهرمونات الجنسية الأخرى تؤثر فى سلوك الأمومة.

وإذا كنا نرى أم الفئران تبنى العش وأن الذكور يأكلون أولادهم فإننا إذا أدخلنا كمية صغيرة من الهرمون فى جزء السرير التحتانى الأمامى يصبح سلوك الذكر كسلوك الأنثى فيبنى العشش ويرعى الصغار.

النوم:

هل النوم من أهداف الإنسان والحيوان .. أم أن النوم يعتبر نوعاً من الدافعية لديهما؟ أن الرغبة فى النوم تدفع بالحيوان إلى البحث عن مكان

مناسب، وعندما يأوى الإنسان أو الحيوان للنوم يظهر أنماطاً سلوكية نمطية.

لكن هل يمكن استخدام النوم؟ لقد تبين من التجارب أن القطط التي استثيرت لديها نوبات معينة في المهاد أو السرير (وهو بناء يقع فوق السرير التحتاني) قامت بكل الخطوات الضرورية للبحث عن مكان للنوم، وعندما وجدته أخذت الوضع المميز لها إلا وهو تقوس الجسم، ومن ثم أغفلت عينها ثم ذهبت في سبات عميق وعلى هذا فإن النوم نتيجة نشاط عصبي يجرى في أحد أجزاء المخ ويؤدي إلى كف النشاط فيما سواه.

ولكن هل المخ يحتاج إلى النوم ليسترد نشاطه؟

الخوف والغضب:

التوقف عن الحركة أو الجرى أو المقاتلة أمور تجرى في حالتى الخوف والغضب. وقد استحصل المخ استئصالاً كاملاً لدى أحد الحيوانات ف لوحظ عليه تجنبه التلقائى للمثيرات المؤلمة، وإن كان مجروحاً فإن هذا الطرف المجروح يسحبه بعيداً عن مصدر الخطر. وفي حالة سلامة جذع المخ فإن الحيوان تكون استجابته للمثيرات المؤذية متكاملة، فتكون لديه القدرة على المقاتلة والصياح. وفي حالة سلامة المهاد التحتاني تكون استجابة الحيوان للغضب كاملة كما أنه يثور لاتفه المثيرات والسرير التحتاني ينظم استجابة الهجوم والأجزاء العليا للمخ هي الأقدر على كبح هذه الاستجابة الهجومية وعلى هذا فإن استشارة أجزاء من السرير التحتاني تؤدي إلى ظهور سلوك الخوف أو السلوك العدواني. والمرضى الذين يتعرضون أثناء جراحة المخ لاستشارة اللوز يشعرون بالقلق ويصيحون من الذعر كذلك فإن مرضى الصرع المتمركز في النص الصدغى تتأهبهم حالة الشعور بالخوف ويكون

ذلك من النوبات التي يعانون منها. والغريب أن إصابات اللوز تودى إلى استئناس الحيوانات المتوحشة فهي بعد الجراحة تسعى إلى أن يلاحظها لإنسان. والعصبية والعدوانية حالة يمكن أن يعانيها الحيوان إذا أتلقت لمسارات التي تؤدي من مقدمة المخ إلى السرير الأسفل الأمامي.

سلوك الاستطلاع والاستكشاف:

قد يقع في دائرة انتباه الحيوان مثير، قد يستثير الخوف وفي نفس الوقت يستثير الاستطلاع والمظهر الوحيد لهذا السلوك هو مظهر الإشباع.

حاسة الإبصار:

تقوم العين بوظيفة الإبصار، والعين مكونة من نسيج حاسي عصبي وهذا النسيج الحاسي العصبي يسمى الشبكية، هذا إلى جانب عدسة بلورية والخلايا البصرية تقوم باستقبال التنبيهات الضوئية، كذلك تقوم بإدراك شكل الأشياء ومن ثم، خصائصها كالعمق والبروز والأبعاد وانطباع صورة الشيء المرئي على منطقة معينة هي البقعة الصفراء من الشبكية تؤدي إلى حدوث عملية الإبصار الدقيق. ويتم انطباع صورة الشيء المرئي عن طريق الأوساط الشفافة الموجودة بالعين خاصة تلك العدسة البلورية التي يتغير مركز تكورها تبعاً لبعدها أو قرب الشيء المرئي.

والإبصار بالعينين هو الذي يؤدي إلى الإحساس بالبروز أو بالعمق، هذا إلى جانب وقوع حركتي التلاقى والتوافق وانطباع الصورة على الشبكتين في مناطق غير متناظرة ومن ثم تكون نتيجة لعمل المراكز الدماغية.

والضوء له خصائص ثلاثة هي الشدة ويقابلها درجة النصوص والتعدد، يقابله ما يعرف بألوان الطيف الشمسي، ودرجة التركيب يقابلها الإشباع

اللونى أو ما يمتاز به الألوان الناجمة عن امتزاج بعض الألوان البسيطة.

حاسة السمع:

وسيلتنا فى السمع الأذن وهى تتكون من الطبلة وسلسلة العظيحات تليها الأذن الباطنة وهذه بها سائل ليفى والأذن لها وظيفتين:

- الوظيفة الأولى: إحساس الفرد بالتوازن والألة المسؤولة عن هذا الكيس والشبكية والقنوات الثلاثة الهلالية.

- الوظيفة الأخرى: الإحساس بالأصوات وآلته هنا هى القوقعة.

المنبه الصوتى:

عبارة عن موجات هوائية تصل إلى القوقعة عن طريق الطبلة والعظيحات والسائل الموجود فى الأذن الباطنة.

كيفية سماع الأصم للأصوات:

الأصم المصاب بصمم محيطى يستطيع السمع عن طريق التوصيل السمعى وذلك باستخدام آلة مكبرة للصوت توضع إلى جانب صوان الأذن اذ تقوم العظام الجمجمية وسوائل الدماغ بتوصيل الذبذبات الآتية من الخارج إلى مراكز السمع العصبية الموجودة فى اللحاء.

وخصائص الصوت هى الشدة أو الرنة، والتردد أى طول الموجه وتسمى أحيانا المقام، والتركيب أى الكيفية الصوتية.

الفصل الثامن

بعض الأمراض ذات التأثيرات النفسية والسيولوجية

- الزهري.
- العتة الشللى العام.
- الخراخ.
- الذهان العضوى وملامحه الاكلينيكية.

الفصل الثامن

بعض الأمراض ذات التأثيرات النفسية والفسيولوجية

الزهرى: Syphilis

يتسبب الجماع الجنسى أو العلاقة الجنسية مع المصاب بالزهرى إلى انتقاله إلى الشخص الشريك الآخر، وعلى هذا فان الزهرى أن هو إلا مرض تناسلى، وعلى هذا فانه يمر بعدة مراحل حتى يظهر كاملاً وتتميز أعراض الزهرى فى مراحلها الأولى والثانية بالصداع وصعوبة فى التركيز مع سهولة حدوث الارهاق ومن ثم التهيج العصبى مع تردى المريض فى توهمه بالمرض.

وتظهر أعراض هذا المرض خلال عام أو يقل وأحياناً ما تتأخر أعراضه إلى مدة خمس سنوات. ومن ملامح هذا المرض الشعور بالتعب والتسيان وطفء التفكير ومن ثم اهمال المريض لنفسه، وتكون صعوبة التركيز مظهراً سائداً إلى جانب توتر المريض وضيقه النفسى، الأمر الذى يجعل بروز القلق النفسى أمراً ظاهراً. ويظل الأمر على هذا النحو حتى يكون التشوش والتهيج الهوسى أو التهيج المرضى أمور واضحة للعيان. كذلك قد يحدث شلل فى عضلات العين الأمر الذى يؤدى إلى ضيق حدة العين. كما يعاني المصاب من فقدان القدرة على الكلام أو أن يصاب بنوبات صرعية Epileptic Crises وهذه الأعراض تتغير من حيث الشدة والضعف.

العتة الشللى العام:

هذا النمط من الجنون يخص الذكور بدرجة أكبر من النساء وأحياناً ما يختلط الأمر بينه وبين زهرى السحايا والالوعية الدموية والتغيرات التى

تحدث لدى المصاب انما تكون فى الأماكن الجبهية والجدارية والصدغية حيث يحدث الضمور فى المخ فى هذه الأماكن. وعندما يصاب الفرد بهذا المرض فانه حتى يظهر فقد تمر فترة ما بين ٥ سنوات إلى ٢٥ سنة. ويتنشر هذا المرض بين الأفراد فى سن ٣٠ إلى ٥٠ سنة، وتكون أعراضه فى البداية أرق وصداع وضعف فى الإرادة ويصل الأمر فى نهاية المطاف إلى الاضمحلال العقلى الذى يؤدي إلى تدهور فى الذاكرة القريبة Short term memory يصبح اضطراب فى التفكير والسلوك. بمعنى آخر يصبح التدهور واضحاً فى الشخصية ويكون أبرز ملامحه سوء التكيف الإجتماعى مع سوء تشوش فى الوعى إلى جانب فقدان للذاكرة. وتظهر لديه بعض ملامح الشخصية السكوبانية التى تلحق بالجانب القيمى الاخلاقى، ويظل الأمر يسوء حتى يصاب المريض بالعمى الكامل يصاحب هذا كله ارتعاش فى عضلات الوجه والشفتين يؤدي إلى صعوبة فى الكلام، وشلل يصيب الساقين وعدم توازن الجسم، وقد تكون هناك نوبات صرعية إلى جانب حدوث التبول والتبرز بطريقة لا إرادية.

والطب قد استطاع علاج هؤلاء المصابين فى المراحل المبكرة للمرض، يعود بعدها المريض إلى حالته الطبيعية، وتكون للمهدئات ومضادات الاكتئاب دورها الفعال فى هذا الصدد.

اغتراع(*):

يصيب هذا المرض المجموع السفلى للجذور الخلفية الشوكية مصحوب بالآلام حسية صاعقة تبقى لثوان معدودات على طول الساق وقد تستمر لعدة ساعات كذلك يحدث ضمور فى المنطقة الخلفية للمادة البيضاء فى الحبل

(*) مرض الضمور الظهري.

الشوكى. كذلك قد يعانى المريض من اضطرابات فى التبول مع فقدان فى الاتزان الحركى وتغير فى طريقة المشى، كذلك فقد الاحساس بالآلام مع تآكل فى القدم، كذلك قد يكون هناك حالة من هلاوس الخيلاء مع اعراض توهم العلل ذلك مع الهزل الظهري. وفى هذا هناك من يرى أن هذه الحالة تشابه مع حالة ادمان الكحول المزمن والعلاج يتشابه مع علاج حالة العته الشللى العام.

ضغط الدم Blood Pressure

تعتبر مشكلة ارتفاع ضغط الدم مشكلة كبيرة تصل (٨٠٪) من السكان البالغين فى أغلب بلاد العالم وحيث انه يسبب نسبة عالية من الامراض والعلل والوفاة ولأنه يمكن التعرف عليه بسهولة وأن يعالج بفعالية (ارتفاع ضغط الدم الشريانى فى تقرير فنى ٦٢٨، منظمة الصحة العالمية، ١٩٧٨) فانه ينبغي أن يوجه إليه الاهتمام.

وحيث أنه لم يمكن اثبات أن العوامل النفسية والاجتماعية العادية يمكن أن تسهم فى رفع ضغط الدم مع ان كلا منهما يمكن أن يكون ذا علاقة بشكل جيد (المراجع السابق ص ٥٦).

ومع هذا فان دور العوامل النفسية الاجتماعية محل جدل شديد وعموماً ليس هناك مايدل على حدوث أى ضرر من ارتفاع ضغط الدم لفترة قصيرة كرد فعل للتهيج السيكولوجى الحاد، ولكن التعرض لبيئة نفسية اجتماعية معادية لمدة طويلة قد يكون ذا أهمية فى الاصابة بارتفاع دائم فى ضغط الدم، وقد أعطت الدراسات التى أجريت على المهاجرين بعض التأييد لهذا الافتراض هذا مع ان النزوح من حضارة بدائية إلى حضارة أكثر تقدماً سوف يحدث تغيرات فى العادات الغذائية والتغذية وفى الاوضاع الاقتصادية

الإجماعية وغير ذلك من التغيرات البيئية وهذا الموضوع برمته لا زال يكتنفه الغموض ويحتاج إلى البحث المستمر والواسع (المرجع السابق، صفحة ٢٥).

كذلك فانه ليس هناك دليل واضح على أن الإجراءات السلوكية مثل التأمل المتعمامي Transcendental meditation والارتخاء والعلاج النفسى واليوجا والتغذية الاسترجاعية الاحيائية Biofeedback يمكن أن تؤدي إلى خفض مستمر فى ضغط الدم وتحتاج هذه الاجراءات إلى دراسة أكثر نفس المرجع ص ٥٦، فقرة (١٢ - ١ - ٥).

ارتفاع ضغط الدم الشرياني، ارتفاع الضغط الانقباضى، أو ارتفاع الضغط الانبساطى أو الاثنين معا بشكل مزمن. فكلما ارتفع ضغط الدم الشرياني سواء الانقباضى أو الانبساطى كلما زادت أمراض القلب والأوعية الدموية وزادت نسبة الوفاة الناجمة عنها، وقد وجد أن ذلك صحيحاً فى كل البلاد التى أجريت بها دراسات، وكذلك فى كل فئات العمر ولدى كلا الجنسين (المرجع السابق ص ٩).

وضغط الدم قد يكون أوليا، وهو ما يعرف بارتفاع الضغط دون وجود سبب عضوى ظاهر له، كذلك فهناك ضغط الدم الثانوى، وهو ارتفاع فى ضغط الدم مع وجود سبب يمكن التعرف عليه وتنقسم الأسباب الممكنة كمايلي:

- ارتفاع ضغط الدم الثانوى بسبب تعاطى العقاقير.

- موانع الحمل الهرمونية.

- العرقسويس والكارينوكسولون.

- الهرمون الكظري والهرمونات القشرية.

- ارتفاع ضغط الدم فى الحمل.

- الأمراض العضوية.

- ضيق الاورطى.

- أمراض الكلى: ضيق الشريان الكلوى، التهاب الكلوى الجمعى والتهاب الكلى وحوضها، التهاب الكلى الاشعاعى، سل الكلى، تكيس الكلى، استئصال الكلى، أورام الكلى بما فى ذلك الأورام المقرزة للربنين هبوط الكلى.

- أمراض قشرة الغدة فوق الكلى: الأورام المقرزة بكمية زائدة من الهرمونات القشرية والديزوكسى كوتون، العيوب الفطرية فى التخليف الاحيائى للهرمونات القشرية.

- أمراض نخاع الغدة فوق الكلى.

(ص ص ١٢-١٣) التقرير الفنى رقم (٦٢٨) لمنظمة الصحة العالمية،
ص ١٩٧٨).

الذهان العضوى: Organic Psychosis

لاشك أن الذهان العضوى يرجع أساساً إلى تغيرات فسيوكيميائية باثولوجية فى الجسم ولآن لم تستطع البحوث كشف النقاب عن الأسباب الرئيسية لظهور الأعراض العقلية التى ترجع أساساً للأعراض الجسمية المختلفة. وهناك من العلماء من يرى أن الأعراض الذهانية (العقلية) ترجع إلى الحمى أى ارتفاع درجة حرارة الجسم وأن هذه الحمى هى التى تؤثر كيميائياً وفسيولوجياً على وظيفة المخ. وأن كان قد لوحظ أن بعض الأعراض هذه لا يصاحبها ارتفاع فى درجة الحرارة وأن هذه الأعراض قد تظهر بعد الحمى أو قبلها.

وظهور الأعراض الذهانية يرجع إلى خلل فى الدورة الدموية فى المخ وأن الاضطرابات أساساً تظهر فى حجم الأوعية الدموية خاصة تلك التى تغذى المخ ويجرى ذلك أثناء المعاناة من هذه الأمراض . وظائف المخ تؤثر عليها عمليات الأيض، التى تتأثر بدورها أثناء الإصابة بهبوط الكلية أو مرض السكر أو الإصابة بالبولينا.

والجهاز العصبى لاشك أن يرهق بسبب الأعراض الجسمية بكل أنواعها، الأمر الذى يترتب عليه الحاجة إلى تناول كميات من الغذاء مضاعفة على أن يصاحب هذا تناول كميات من فيتامين «ب» مركب حيث أن نقص حاجات الجهاز العصبى ينجم عنها أعراض ذهانية تتسم بالحدة.

والجهاز العصبى تختل وظائفه بسبب الأمراض الجسمية المتسبب فى حدوثها البكتريا أو فيروسات خاصة وأن لها تأثير مباشر عليه أى على الجهاز العصبى.

وقد نرى أفراد مرضى جسمى إلا أنهم لا يعانون من الذهان العضوى وآخرين مرضى بدنياً ويعانون من الذهان العضوى، ولاشك أن السبب فى هذا الفرق أن هناك من يكون مهياً للإصابة بالذهان العضوى، والأمر كله يحتاج إلى قدر من الاجتهاد النفسى أو البدنى ليظهر عليهم هذا المرض، إلا أن العامل الحاسم فى ظهور الاعراض الذهانية هى اضطرابات الجهاز العصبى مع قدر من التهيج.

الملامح الاكلينيكية للذهان العضوى:

الذهان العضوى يتميز بتشوش الوعى واختلاط درجة الوعى الأمر الذى يؤدى بصاحبه إلى فقدانه القدرة على التعرف على المكان ومن ثم اختلاط الزمان فلا يفرق بين الليل والنهار فيرتدى ملابسه فى آخر الليل ليذهب إلى

عمله، كذلك فإن ذاكرته القرينة مشوشة، وذلك عكس ذاكرته البعيدة الأمر الذى يجعله غير قادر على تذكر حدث أو أحداث قد وقعت له منذ يوم أو يومين وأن جاءت بهذه الأحداث ذاكرته جاءت على نحو مبتور ومشوش وهو فى كل حالاته يعانى من هذيان حاد وتوتر شديد يصعب عليه الاستقرار فى المكان ذلك أنه يعانى من إحساس بفقدان الأمن أو يخالجه دائماً الشعور بالخوف إلى جانب الهلوس السمعية التى تتوعد بالعقاب مما يدفع به ناحية الانتحار ذلك أنه يشعر بالاضطهاد وهو سهل الانقياد أى لديه قابلية شديدة للإيحاء. أما الذهان الوظيفى فيختلف عن كل ماتقدم.

ويتميز الهذيان تحت الحاد باضطراب متكرر فى التفكير وعدم الترابط مما يجعله صعب التمييز عن أعراض الفصام. ومريض الهذيان تحت الحد يتردى بين حالة الصحة العقلية السوية وبين حالة الهذيان الحاد كذلك فإن هذا المريض يصاب بتشوش الوعى وبطريقة متناوبة أيضاً.

وتأخذ حالة المريض فى التدهور فى كل النواحي الشخصية والسلوكية أو فى عملية التفكير وفى الوظائف العقلية ويتميز إلى جانب ذلك فى حالة العتة هذا بالاضطرابات الانفعالية والقابلية للاستثارة والشعور بالتشوهات المرضية والتى يكون المرض الفصى فى المخ هو السبب فيها.

وهناك وجه شبه معين للإكتئاب الذهاني والذهان العضوى خاصة فى حالة الإصابة بالتيفود أو الصفراء، أو الأنفلونزا والاكتئاب يتميز بتشوش الوعى وتناوب الأعراض بينما فى الذهان العضوى الذى يبدأ بالهذيان تحت الحاد مع حالة صداع وأرق يكون هناك شعور بالإرهاق وسرعة البكاء وشعور باليأس والقنوط مع توتر شديد وتوهم بالعلل البدنية وهبوط فى الحركة مع أعراض فصامية وسرعة الاستشارة الأمر الذى يجعل التفرقة بين الاكتئاب الذهاني والذهان العضوى أمر ميسور.

الفصل التاسع

الصرع

- أنماط مختلفة للنوبه

- تشنجات حميه

- الحاله الصرعيه المستمرة

- أسباب الإصابة الصرعية

- آثار عقاقير الصرع

- أخطاء العلاج

- التشنجات العامه

المخ

- اشكال المخ

Glossary-

الفصل التاسع

الصرع

هل يسبب الصرع الجنون؟ وهل يتسبب فى وجود شخصية غريبة؟
وهل الصرع مسئول عن الجريمة؟ وهل الأفراد المصابون بالصرع ينبغي لهم
أن لا يتزوجوا وإن تزوجوا لن يتنجبوا.

النوبة الصرعية ترجع إلى اضطراب وقتى فى المخ فهل هناك أنماط
مختلفة، من النوبات الصرعية. ترجع إلى أى الأجزاء فى المخ هى التى
تؤثر؟. ونحن هل نستطيع أن نتخلص من الخوف والغموض إذا عرفنا كيف
يعمل المخ.

أنماط مختلفة للنوبة: Different Types of Fit

قد يكون لدى المريض أكثر من نوع واحد من النوبات، ولكن قد تكون
بالنسبة لفرد مستمرة أو متواصلة أو أنها تتبدل بتغير العلاج. وإذا كان الجزء
الخاص من المخ المتعلق بالوعى هو الذى تأثر فى البداية فإن المريض سوف
يفقد الوعى فى الحال ولا يكون له ذاكرة عن النوبة الصرعية. ويحدث هذا
فى النوبة الصرعية الكبرى وعلى الأقل فى النوبة الصرعية الصغرى.

النوبة الصرعية الكبرى الأولية (التشنج العام) (*) :

كل المخ منغمس، فالمريض يفقد الوعى ويقع على الأرض، وكل
عضلاته منقبضة "Contract" ويصبح هو نفسه متصلباً (فى حالة تصلب).
وانقباض عضلات صدره تقاوم خروج الهواء من رئتيه وقد يحدث صرخة
مرعبة، والمثانة تنقبض وغالباً ما يبلل نفسه. وليس من الشائع أن يلوث نفسه.
وفى البداية يكون شاحباً (Pale) وسريعاً ما يزرق (blue) لأنه لا يتنفس. وإذا

(*) Primary grand mal generalised convulsion.

لاحظت حالة التصلب هذه Tonic Phase تشعر أن الأمر قد انتهى وأن المريض يبدو أنه قد مات. والحقيقة أنه قد بقي (lasts) لمدة دقائق. عندئذ فإن العضلات ترتخي وتنقبض مرة أخرى بعنف والارتخاء يتعاقب والتوتر ينتج عنه حركات الاختلاج أو التشنج الذي يستمر لعدة دقائق، وهذه تسمى بالحالة التشنجية أو الاهتزازية clonic Phase وفي كل انقباض ينخر grunt ويزيد frothing عند الفم ويكون ذلك على شكل فقاعات الهواء من خلال اللعاب وهذه يكون بها أثر الدم، إذا كان اللسان أو الصدغ معضوض bitten. وبالتدريج فإن التشنج يخمد (subside يهدم). والحركات تكون أقل عنفاً (*) وتكون فترات الارتخاء أطول. وعندما تتوقف كل هذه الأشياء معاً فالتنفس يعود إلى طبيعته ويعود اللون الطبيعي للمريض. وعلى أى حال فإن المخ يكون مجهداً (**).

ويبقى المريض فاقداً الوعي بعمق، أى يكون فى غيبوبة، ومنها لا يستطيع أن يكون متيقظاً^(١) وخلال دقائق قليلة يعود الشعور إليه، وبسبب كونه مجهداً، فإنه يستغرق فى النوم العميق. وإذا كان قد أزعج فى هذه الحالة قبل أن يعمل عقله كما ينبغي، فإنه يكون مشوشاً ولديه قابلية للإستشارة. وعندما يفيق^(٢) فإنه سوف يشعر بالإجهاد ويظل جسده موجوعاً^(٣) بعد كل هذه الحركات غير العادية. ويكون هناك شعور بالصداع. إنه شئ مخيف أن تنتظر أو تترقب نوبة صرع كبرى. ولكن علينا أن نتذكر أن المريض فى حالة لا شعورية طوال النوبة ولا يعى تماماً ولا يتذكر ما الذى يحدث.

(*) Violent

(**) Exhausted.

(1) Roused.

(2) Come round.

(3) Aching.

النوبة الصرعية الصغرى (غياب الوعي) Petit mal absence

فقط جزء المخ المتعلق بالوعي يكون متأثراً^(١) والمريض غالباً ما يكون طفلاً، يفقد الوعي فجأة ولمدة تتراوح ما بين (١٥ - ٢٠) دقيقة ثم يستعيده في الحال. ولا يكون هناك حركات منفردة جزئية^(٢)، وربما تكون رفرفة جفون العين. والطفل لا يسقط ويواصل العمل فيما يقوم به حتى تنتهى النوبة. هذه التغيبات^(٣) مثل نوبات صغرى، غالباً ما تمر دون أن تلاحظ وأحياناً ما تكون تفسيراً لسلوك الطفل الذى يظهر أحلام اليقظة فى المدرسة.

النوبة الصرعية الجزئية: Partial fits

عندما يتلف جزء من المخ، حتى وإن كان طفيفاً، فالنوبة قد تبدأ فى المنطقة التالفة. وقد يشمل الاضطراب كل المخ عندما يفقد الوعي ويكون هناك تشنج عام كما وضحنا بالفعل. فى بداية النوبة الصرعية قد يكون واع كلياً أو جزئياً، بما يجرى. وهناك أنواع مختلفة من هذه النوبات الصرعية الجزئية يعتمد على جزء من المخ حيث تبدأ النوبة. وهذه يمكن أن تقسم إلى نوبات صرعية جزئية بسيطة عندما يكون الجزء المنغمس لديه عمل مباشر يقوم به، والنوبات الصرعية الجزئية المركبة عندما تبدأ النوبة حيث يكون عمل المخ أكثر تعقيداً وأقل دقة فى الفهم.

النوبات الصرعية الجزئية البسيطة: Simple Partial Fits

وهذه ليست عامة، إذا بدأت النوبة الصرعية فى ذلك الجزء الذى يسيطر

(1) affected.

(2) apart.

(3) absences.

(4) aware.

على الحركات فستكون هناك اختلاجه^(١) أو هزة تشنجية^(٢) لجزء صغير ولكنه هام للجسم على جانب واحد، غالباً ما يكون أصبع الإبهام^(٣) أو جانب الفم (الجانب الأيسر للمخ يسيطر على حركات الجانب الأيمن للجسم والعكس بالعكس) والنوبة الصرعية تنتشر بصفة عامة وتتضمن حركات اليد، والذراع وبعد ذلك تشمل كل الجانب .. وقد تتوقف عند تلك المرحلة، ولكن إذا انتشرت إلى أبعد من ذلك فإن كل المخ يصبح منغمساً وعندئذ يصبح تشنجاً عاماً. والجزء المحيط بالمخ يكون شديد الحساسية للأحاسيس والمشاعر. وإذا كانت هذه مؤثرة، فقد يكون هناك تمثيل وإحساس كوخز الأبر نتيجة لهذا الخدر^(٤). ومرة أخرى غالباً ما تكون في أصبع الإبهام أو في جانب الفم، والانتشار سوف يكون مثل ما يحدث في نوبات الحركة الجزئية^(٥).

النوبات الصرعية الجزئية المركبة: Complex Partial Fits

أجزاء المخ التي تقع أسفل الصدغين تسمى باللفصين الصدغيين^(٦). وهذه الفصوص تستقبل الإحساسات الصوتية والتذوق والشم. وهي أيضاً تتعلق بطريقة معقدة جداً بالحركة، وفهم الأحاسيس المؤثرة. وفي النوبات الصرعية الجزئية البسيطة تضبط الحركات البسيطة أو أنها تكون شديدة الحساسية للأحاسيس البسيطة. وعلى سبيل المثال الإمساك بقبضة اليد، أو الإحساس بأن قدمك باردة. ومن ناحية أخرى فاللفص الصدغي ينظم سلسلة من الحركات المعقدة مثل تلك التي تكون ضرورية لتزوير الباطو الخاص بك

(1) Twitching.

(2) Jerking.

(3) Thumb.

(4) Pins & needles.

(5) Partial movement attacks.

(6) Temples.

أو أن تنزع سرولك (بنطلونك). أجزء من المخ متصلة بإحكام بالفصين الصدغيين وتضبط تلقائياً أعمال الجسم، مثل دقات القلب، والتنفس، والعرق وحركات الأمعاء^(١) .. إلخ. وفي النهاية، فالفصان الصدغيان لهما اتصال محكم بالأجزاء التي تتعامل مع الإنفعالات والذاكرة والوعى.

والنويات على الأرجح تتوقف على الفصين الصدغيين، وعلى وجه الخصوص إذا تلفت، لذلك يسمى صرع الفص الصدغي، لهذا فهو بصفة عامة النوع الهام للنوبة الجزئية المركبة. وهو يتخذ صور كثيرة مختلفة. بعض النويات بسيطة جداً، وقد تكون غير صحيحة لغيوبة النوبة الصغرى. والأنواع الأخرى التي تتضمن جزءاً كبيراً من الفص الصدغي وتربطها قد تكون قد طالت، وقد تنتشر لتحتوى كل المخ لتسبب تشنجات عاماً. وتبين النويات الصرعية المركبة إلى حد بعيد وأنه من غير الممكن وصفها كنموذج واحد محدد وهناك قد يكون تصوراً لشيء غريب وغالباً ما يكون للتدوق غير اللاذ أو الشم. وإذا كان هناك حركات فلا تكون تشنجات، ولكنها ستبدو فى كثير أو قليل موجهة ولكنها بلا هدف وهى أخيراً تدوم لوقت قصير، تجعل المريض يخطئ التزير وعلى سبيل المثال، أو أنها يمكن أن تمتد، مثلما يحدث عندما يسير المريض فى محل ويلتقط عدد ٢ معج^(*) وبراد ويخرج مرة أخرى دون أن يحاول إخفاء «المعج» الذى أخذه. وهذا أمر عام لكى يكون متضمناً لبعض الضبط الداخلى للجسم، قد يكون هناك تغيير فى معدل ضربات القلب أو امتقاع اللون أو فرز العرق. قد تقرر الأمعاء وتخرج غازات أو أن المريض يتجشأ. وحقيقة، فغالباً ما يكون هناك إحساس فى الأمعاء، من الصعب وصفه أو شعور بالإختناق^(٢). وقد تكون الذاكرة متيقظة. وفى بعض

(1) gut.

(2) choking.

(*) كوب كبير.

الأحيان بعض المناظر تظهر مثل سلسلة من الأحداث المترابطة فى الحياة الواقعية الماضية. وحقيقة فغالباً ما يكون المريض لديه شعور غريب (أو مخيف) بأن الذى يحدث قد حدث من قبل وهذا يسمى بألفة المنظر أو منظر جديد إلا أنه مألوف. وبعض النوبات ملطخة^(١) بالعواطف، والتي غالباً ما تكون غير سارة والتي تمتد من الشعور العام للاهتمام إلى الخوف أو الرعب. ومهما يكن ما يشكل النوبة الصرعية فإنها تأخذ دائماً بعض التبديل أو التغير فى الوعى منذ البداية. ولهذا السبب فإن المريض لا يكون لديه وعى حسى عادى، لذا فهى تظهر مشوهة وغالباً ما يصعب وصفها. وبنفس الطريقة فأى شىء يفعله خلال أى نوبة صرعية يكون خارجاً عن إرادته. وغير ملائم. وهو غير مسئول عما فعل، وبعد النوبة تكون لديه ذاكرة مشوشة عن هذا.

وعمل الفصين الصدغيين واتصالتهما المعقدة غامضة إلى حد بعيد لأصحاب الخبرة. والنوبات الصرعية الجزئية المركبة، غالباً ما تكون صعبة بالنسبة لشخص يلاحظ لكى يفهم. لأنها تبدو إلى حد ما مخيفة ذلك لأن المريض يبدو كما لو كان يسلك بطريقة طبيعية، ولكنه عندئذ، لا يكون كذلك. وقد تكون أكثر إزعاجاً^(٢) للمريض الذى يحتفظ بوعيه تماماً. لكى يعرف أن شيئاً قد حدث، ولكن ليس بقدر كاف لأن يفهم ما الذى حدث. إذا تجاوزت الذاكرة نوبة صرعية فإن هذه غالباً ما تكون غير سارة. ولقد ذكر بعض الأفراد أنهم يتلقون تحذيراً أو شعوراً بهواء بارد aura بأن هناك نوبة قادمة. وأن هذا الشعور فى الحقيقة هو الجزء من النوبة الصرعية الجزئية الذى يتذكره المريض، قبل أن يفقد وعيه. عندما تحدث النوبة الصغرى أو

(1) Coloured.
(2) Distressing.

النوبة الأولية الكبرى، فإن النوبة تبدأ بفقدان الوعي ويلي هذا ألا يكون هناك تحذير aure. سواء أكان هناك تحذير أو لم يكن للنوبات الجزئية فإنه يعتمد إلى أى حد تغير الوعي فى البداية. وهناك غالباً تحذير للنوبات الجزئية البسيطة، وللحظة تكون هناك حركة أصبع الإبهام أو أن يستشعر وخزاً خفيفاً من أثر إهتياج، والمريض غالباً يكون واعٍ لأن يتخذ حيلة لهذا حتى لا يضر نفسه عندما تنمو النوبة. والتحذيرات للنوبات الجزئية. تتباين وتتضمن المشاعر sensations التى وصفت كالرائحة والتذوق، وإحساس غريب فى الأمعاء، ومنظر يبدو مألوفاً لأنه قد سبق رؤياه. وعلى أى حال فعندما يكون هناك تغيير فى الوعي عند البداية فإن المريض يكون مشوشاً جداً لكى يحمى نفسه.

فيما عدا ما يتعلق بالنوبات الصرعية الصغرى، وأى نمط للنوبة الصرعية قد ينتشر لينجم عنه تشنجات عامة. وبالمثل فإن النوبة الكبرى الشائبة تكون أعم من النوع الأولى، والعقاقير التى تستخدم لعلاج الصرع تكون أكثر تأثيراً فى السيطرة على النوبات الصرعية الكبرى والنوبات الصرعية الصغرى عن النوبات الجزئية. وعندما يبدأ المريض فى تلقى العلاج فقد يعانى من تشنجات عامة أولية قليلة جداً والنوبات الجزئية سوف تكون أقل من أن تنتشر لتكون عامة.

تشنجات حُمية: Febrile Convulsions

منح الأطفال الصغار حساس وهم قد يعانون من التشنجات العامة عندما يقعوا تحت وطأة حمى مرتفعة. مع أن هذه التشنجات الحمية منه شديد للأسرة وأنها خطر نادر وأن أغلب الأطفال ينمون بعيداً عنها. كما أن مخهم ينضج ويصبح أكثر استقراراً. وحوالى واحد إلى عشرة من الأطفال يعانى من

النوبات في حياته بعد ذلك. ويحدث هذا إذا استمر التشنج لوقت طويل، حيث من المحتمل أن يكون هناك تلف للفصين الصدغيين ويكون المريض معرضاً لأن تقع له النوبات الجزئية المركبة عندما يكبر. وينبغي عليك دائماً أن تبلغ الطبيب (الممارس العام) GP إذا كان طفلك لديه تشنج. وإذا استمرت هذه أكثر من دقيقة أو إثنين فينبغي أن نقدم له يد العون في الحال. وإذا كان الطبيب (الممارس العام) ليس في إمكانك، فإنه ينبغي أن تصحب طفلك إلى أقرب مستشفى، فإن الطبيب سوف يكون قادراً على إيقاف التشنجات بحقنة ويقلل إلى أبعد حد احتمال^(١) حدوث التلف (تلف المخ).

الحالة الصرعية المستمرة: Status (epilepticus)

عندما يعاني المريض من حالة تشنج عام مرة تليها أخرى بدون استعادة للوعي بينهما، فيقال أنه يعاني من حالة صرعية مستمرة، والحالة المستمرة لا بد أن تعالج في الحال لأنها خطيرة. والسرعة التي بها يأخذ المريض إلى الطبيب الذي يستطيع أن يبدأ العلاج والذي به يستطيع أن يسيطر على النوبات. ومن الأهمية عدم تضييع الوقت والبحث عن العلاج خارج المنزل. الأسرة لا تحتاج أن تعيش في خوف من أن مريض الصرع سوف يذهب إلى حالة الصرع المستمرة. أنها حالة غير عامة وهناك دائماً سبب واضح. وهي غالباً ما ترجع إلى خفض فجائي في كمية دواء علاج الصرع. ولهذا لا ينبغي تغيير أو تعديل كمية الدواء دون توجيهات الطبيب ولهذا يرتب الطبيب غالباً للمرضى أن يلتحقوا بالمستشفى إذا كان ذلك ضرورياً لإحداث تغيير هام في العلاج.

(1) likelihood.

لماذا يعاني بعض الأفراد من نوبات صرعية:

كل فرد لديه استعداد لأن يتعرض للنوبات الصرعية ولكن بنسبة ١ - ٢٠٠. ولكن لماذا هذا الشخص هو الذى يكون غير محظوظ؟ هناك سببان يجتمعان لينجم عنهما النوبات الصرعية.

١- ميل أو نزعة لأن يصاب بالنوبات الصرعية، فالناس يولدون بفروق واسعة في الحساسية. البعض لديهم عقول راسخة (ثابتة) وغير ملائمين لأن تكون لديهم نوبات صرعية. وفي الطرف الآخر هؤلاء الذين لديهم عقول حساسة جداً لأن تكون لديهم نوبات صرعية لأسباب غير واضحة. والحساسية العقلية تختلف طوال الحياة، وهذه تكون عالية لدى الأطفال الصغار جداً وترتفع مرة أخرى في مرحلة المراهقة. وكما يتقدم المرضى في السن فإن المخ لديهم يصبح أقل حساسية ولهذا فإن النوبات عادة تصبح أفضل مع زيادة السن.

٢- تلف المخ: إذا تلف جزء من المخ، فإن هذا الجزء من المخ من المحتمل ألا يعمل بدقة ومن المحتمل أيضاً أن تظهر النوبات الجزئية التي قد تنتشر فتسبب تشنجات ثانوية عامة. وهناك طرق متعددة بها يتلف المخ؛ الإصابة في حوادث الطريق، والإصابة خلال الحرب، أو بعد ولادة متعسرة. العدوى قد تتلف المخ نفسه والتهاب الدماغ^(١) أو الأغشية^(٢) التي تغطيه فيحدث الالتهاب السحائي meningitis وكما يتقدم الناس في السن فإن الشرايين^(٣) التي تحمل الدم تصبح مكسوة بمادة مرضية وهي «كنظام أنابيب الامتصاص» أجزء منها تتلف لأنها لا تتلقى دماً كافياً وتنادراً ما تسبب الأورام النوبات الصرعية التي تبدأ في حياة الرشد.

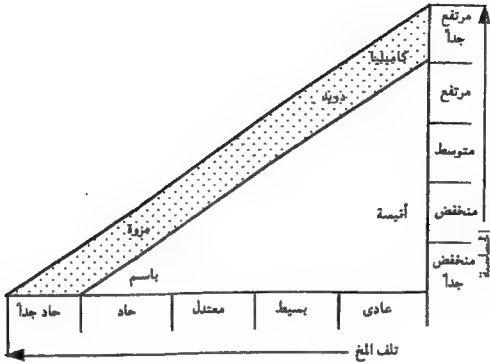
(*) التهاب الغشاء السحائي المتلف للمخ.

- (1) Encephalities.
- (2) Membranes.
- (3) Vessels.

يظهر الشكل (١) كيف أن عاملى الحساسية وتلف المخ تتألفان لتحداثاً معاً النوبات الصرعية. والأفراد الممثلين فى المنطقة البيضاء، هما أنيسة، وباسم وهما محظوظان لأنهما لايعانيان من النوبات الصرعية. أما الأفراد الذين فى المنطقة المظلمة وهم غير المحظوظين، كاميليا ود يد ومروة فهم الذين يعانون من النوبات الصرعية.

وبوضوح فإن «أنيسة» لديها حساسية منخفضة وليس لديها تلف فى المخ. أما «باسم» فهو بعيد عن منطقة الخطر، فهو لديه تلف حاد فى المخ، لكنه اختفى ذلك أنه قد ولد بقدر منخفض من الحساسية. وكاميليا فهى بدون تلف فى المخ تماماً، لديها نوبات صرعية من المحتمل النوبة الصرعية الكبرى الأولية أو النوبة الصرعية الصغرى، ذلك لأن حساسيتها بالغة. ود يد لديه نوبات صرعية لأنه يعانى من تلف بسيط فى المخ متآلف مع حساسية حادة. وفى النهاية فإن نوبات «مروة» ترجع إلى تلف حاد فى المخ وهذه فى حد ذاتها كافية للإضطراب بالرغم من انخفاض الحساسية.

والخط الفاصل المظلل يقسم هؤلاء الذين لديهم، والذين ليس لديهم نوبات صرعية، المحظوظين وغير المحظوظين والخط الرفيع يشير إلى الأفراد المرضى بالصرع كأنهم جنس آخر منفصل.



شكل (١) هذا الرسم يظهر أن النوبات الصرعية ترجع إلى تكلف حساسية المخ مع تلف المخ. والخط المائل الثقيل يقسم هؤلاء الأفراد الذين يعانون من النوبات الصرعية (وهم كاميليا وديد ومزورة) عن هؤلاء الذين لا يعانون من النوبات الصرعية (أنيسة - باسم).

حدوث نوبة الصرع؟ وآثار عقاقير الصرع:

يلاحظ أن النوبات تأخذ أشكالاً كثيرة بعيدة عن التشنج العام الذي يرى فيه كثير من الناس أنه الصرع. واستشارة الطبيب أمر هام في هذا الموضوع حيث أن الأمر يعتمد على سن المريض وعلى ما يجريه من فحوصات وعلى ما يسمعه من قصص وعلى هذا فإن الأطباء يقررون ثلاثة أشياء:

١- هل النوبة هى نوبة صرع؟

- ما هو نوع هذه النوبة؟ وما هو العلاج المؤثر؟

- هل هناك أسباب للنوبة؟ وهل من الممكن علاجها؟

ففيما يتعلق بالسؤال .. هل النوبة هى نوبة صرع؟

إذا استدعى الطبيب لفحص طفل لديه تشنج حصى أو مريض ابتداء الصرع عنده بنوبة صرع مستمرة^(١) فلا شك أن النوبة قد بدأت. وبطبيعة الحال فإن الطبيب يستشار بعد انتهاء النوبة وعودة المريض إلى حالته العادية. وسوف يعمل كل هذا على القصة التى أعطيت له من قبل شخص رأى النوبة.

وسيهتم الطبيب بأمرين:

١- هل كل النوبات تقريباً هى نفسها؟ لهذا، فمن الأرجح أن تكون نوبة صرع.

٢- هل تكون النوبة ذات معنى؟ وهل النوبة الجزئية هراء؟ الحقيقة أن النوبة الجزئية تبدأ لا لسبب واضح، وسلوك المريض أثناء النوبة ليس له معنى ولا يخدم هدفاً. وفى كثير من النوبات يصاب المريض بـ aure وهو إحساس منلر بالنوبة الصرعية، وإذا استطاع أن يشرح هذا للطبيب فإنه سيساعد. والشم والتدوق الغريب والشعور بألفة المنظر defa vu تكون أموراً شائعة. وهناك تغير فى الوعى لذلك سيجد المريض صعوبة فى وصف ما حدث، وإذا كان وصفه غامضاً ومشوشاً وصعب التعبير عنه، فإنه يسهل إصابته بنوبة صرعية. وإذا كان يعطى تفاصيل للوصف فإنه من المرجح أنه يعاني من تشوش

(1) Status.

ذهني^(١). وينبغي أن لا نخلط نوبات الصرع بالإغماءات البسيطة السائدة، خاصة لدى السيدات الصغيرات وهذا يرجع إلى عدم وصول كمية مناسبة من الدم إلى المخ. كذلك فإن هذا ما يحدث غالباً عندما يقف الناس في مجال هواء فاسد. والمريض يلاحظ مشاعر منبهة ويفقد وعيه بالتدريج ولكن عندما يسقط سوف يستعيد وعيه بعد أن يبدأ الدم في التدفق إلى المخ.

ما هو نوع النوبة؟

هناك نوبات خفيفة قد تكون النوبة الصغرى الغيائية أو أن تكون الشكل الأبسط للنوبات الصرعية الجزئية المركبة. ولهذا فإن العلاج يختلف بالقطع.

هل هناك أسباب للنوبات يمكن علاجها؟

النوبات عموماً يمكن علاجها ومع هذا فليس من المعلوم أن تجد سبباً للنوبة يمكن بسهولة إزاحته. والحقيقة أن الصرع ليس مرضاً منفرداً أنه مرض له أسباب متعددة - كما أن الأطباء يتعاملون مع مرضى الصرع بطريقة مختلفة.

كذلك فإن النوبات الصرعية قد تحدث بسبب خطأ ما في الجسم ذلك الذي يؤدي إلى اضطراب عمل المخ. وهي عند الأطفال ترجع إلى نقص الكالسيوم أو السكر في الدم. وبصفة عامة فإن عطب المخ هو العامل الفعال في أحداث النوبات الصرعية. وقد يرجع عطب المخ إلى ورم هذا الورم يمكن أن يزال.

أخطاء العلاج:

الخطورة أن يحدث تسمم للمريض من العلاج ضد الصرع كما يحدث

(1) mental up set.

التسمم من تناول الكحول. كذلك فقد يحدث خمول أو نعاس أو تشوش أو ارتباك وصعوبة فى الكلام أو حركة الأصابع. وهذا التأثير الجانبى قد يكون واضحاً ولكن قد يكون هناك تغييرات أخرى خبيثة^(١) كأن يحدث إكتئاب، وقابلية للاستشارة. وفى الحالات الحادة تحدث تغييرات عقلية على حدود الجنون madness.

على أن هناك أمرين يجب تجنبهما:

١- لا ينبغي أن يزيد المريض جرعة الدواء لأنه لو حدث ذلك فقد يحدث تسمم.

٢- لا ينبغي أن يقلل المريض جرعة الدواء لأن ذلك لو حدث فسيسبب تشنجاً عاماً أو أن المريض يدخل فى تشنج مستمر.

والى جانب هذا فينبغى أن نلاحظ أن العقاقير تبقى لبعض الوقت فى الجسم وعلى ذلك فلا ينبغي تناولها أكثر من مرتين يومياً. ولهذا فمن الضرورى أن تتناول الأدوية فى أول النهار (أى فى الصباح) وفى المساء لأنه من الصعب أن نتذكرها فى وسط النهار وأن نسيينا أن نتناولها فى الصباح أو فى المساء فلا تهلع^(٢) لأننا لن نصل إلى النوبة الصرعية المستمرة ذلك أن المريض يستطيع أن يتناول الجرعة المنسية من الدواء مع الجرعة الأخرى.

شئ مزعج أن ترى أى شخص يعانى من نوبة صرعية. وهذا أمر مخيف إن كان هذا الشخص أبناً أو ابنه أو أى شخص نعرفه. لأنه فى حالة النوبة البسيطة يتصرف بطريقة لانفهمها وكأنه شخص آخر. وقد يمتدحون أن روح شريرة تملكته.

(1) subtle change.

(2) Panic.

النوبات الصرعية تتوقف بنفسها ويشفى المريض تماماً

almost all fits stop by themselves and the patient recovers completely.

الشُرود والنوبة الصغرى:

لاستطيع أن تفعل شيئاً إذا أصيب طفلك بالشُرود. وهذا قد يحدث بنسبة تكرار عالية وقد يكون لفترة بسيطة قد لا تلاحظ. والأطفال الذين يعانون من حالات غياب الوعي إنما هم أطفال طبيعيون في ذكائهم، وإن كان بعض المدرسين غير المدركين لحقيقة الأمر قد يعتبرونهم أغبياء أو كسالى أو مهملين inattentive.

نوبات الصرع الجزئية المركبة:

لا يكون المريض واع بشكل ملائم ولا يكون مسؤولاً عما يفعله، وإذا كان ما يفعله المريض لا يضر به نفسه أو يضر به غيره فلا ينبغي أن تتدخل بأية طريقة. لأنه إذا تدخلت فسيكون رد فعله ثائراً لأنه مشوش الفكر. وقد يبدو أنه قد شفى إلا أنه مع ذلك يظل مشوشاً أو «ملخبطاً»، أنه فى حاجة إلى أن يأمن من قبل شخص آخر. إن حالته هذه مثل حالة الطفل الذى يصحو خائفاً فى مكان غريب. وعندما يشفى recovered يعلم أنه قد وقعت له نوبة صرع ولكنه لا يعرف ماذا حدث خلالها.

والمرضى الأذكاء غالباً ما يكونون مهمومين، لأنهم فعلوا شيئاً غيباً أو مفزعاً، ولرفع الروح المعنوية عند المرضى ينبغي أن يجدوا أن العلاج يحدث كسلسلة أحداث وليس ككارثة. وبعض المرضى يساعدون بجعلهم يعلمون ماذا حدث. ولاداعي لذكر السلوك الذى يبدو بأنه غير محترم.

(١) نفس المرجع P. 25.

التشنجات العامة:

هذا النوع من النوبات الصرعية قد يحدث فجأة أو أنه قد يكون نمو نمط من أنماط النوبات الصرعية الأخرى. وهذه قد تكون لها إشارة ولاستطيع أن توقفها، وهى إذا بدأت تنتهى وحدها. عليك أن تخلع الحزام أو رباط العنق أو أى شئ فيه زجاج (النظارة مثلاً).

وفي خلال النوبة الصرعية:

- (١) لا تحاول أن تكبح حركة جسم المريض.
 - (٢) لا تتدخل إن لم يكن هناك خطر محقق به كوقوعه فى حفرة أو قربه من نار.
 - (٣) أن تحمى رأسه بوسادة.
 - (٤) لا تضع أصبعك أو أى شئ آخر داخل فمه.
- وبعد توقف هذه النوبة،
- ١- وقبل استعادته لوعيه، ينبغي أن يكون فى مقدوره التنفس بسهولة وأن لعبه لايجرى إلى داخل القصبة الهوائية.
 - ٢- لا تحرك أسنانه الصناعية^(١).
 - ٣- لا تقلبه إلى وضع يكون فيه مواجهاً للأرض.
 - ٤- تأكد أن رأسه متجهة إلى الجانب وأنها أقل من مستوى جسمه.
 - ٥- إذا كان اللسان ساقطاً خارج الفم فينبغى أن يسحب والفك يكون مغلقاً إلى أعلى.

(1) False Teeth

- ٦- إذا كان هناك زبد أو لعاب فينبغى أن ينشف بمنديل أو غيره.
 - ٧- لاتعطيه أى شراب عندما يكون فى حالة فقدان للوعى.
 - ٨- عندما يصبح المريض قادراً على التنفس الطبيعى دعه يستعيد نفسه على راحته.
 - ٩- سوف يكون غير واع ولن يشعر بشئ .. وإذا جرح عليك أن تترك هذا للطبيب، أما إذا كانت هناك جروح تنزف فعليك وقف النزيف.
- وعليك إزالة أى عائق لسلسل البول والذى يعوقه عن الشفاء .. وتقديم فنجان من الشاى إلى المريض أمر مرحب به .. وينبغى أن تمتنع عن وصف النوبة الصرعية التى عاناها المريض، وكيف أنها كانت مخيفة أو حادة .. كذلك ينبغى أن لاتستدعى عربة إسعاف أو طبيب حتى تأخذ النوبة وقتها.
- وفى الحالات الآتية تستطيع أن تقدم مساعدات طبية:**
- ١- إذا استمرت التشنجات لدى المريض أكثر من خمس دقائق.
 - ٢- إذا أصاب المريض نوبة تشنج عام قبل أن يستعيد وعيه.
 - ٣- إذا جرح المريض جرحاً لاتستطيع أنت المساعدة فيه.
 - ٤- إذا أنت لم تستطع أن توقف أى نزيف.
 - ٥- إذا لم يستعد المريض وعيه خلال ١٥ دقيقة فى نهاية حالة التشنج خصوصاً إذا كان رأسه قد صدم خلال النوبة .. وكثير من المرضى يستغرقون فى النوم بعد إنتهاء النوبة الصرعية. وإذا استغرق المريض فى النوم فإنه يبدى بعض الإستجابات عندما تهزه برفق. وإذا كان فاقداً للوعى فإنه لن يستجيب.
- إذا حدثت النوبة الصرعية فى وجود أفراد آخرين، ينبغى أن تفعل ما

ينبغي أن يفعل .. ويكون ذلك في منتهى الهدوء .. وكن متأكداً إن الآخرين لا يفعلون ما لا ينبغي فعله.

وإذا كان مريض الصرع هو أحد أفراد الأسرة، فإن هناك طرقاً بها نستطيع أن نساعد هذا الشخص ..

١- أن نأخذ نوبة الصرع كأمر متوقع "a matter of course" وإذا كان الطبيب لم يأمرنا فلا ينبغي لنا تسجيل تفاصيل النوبة ووقتها عند حدوثها .. ولا ينبغي لنا أن ندع الأسرة كلها تعيش وتدور حول المريض ونوباته الصرعية.

٢- وإذا كان أحد أفراد الأسرة يعاني من نوبات الصرع فأنت ملزم بأن تكون مشغولاً خشية أن يضر بنفسه وأنت ترغب في حمايته. وليس في الإمكان هنا إعطاء تعليمات محددة حول القيود الضرورية التي ينبغي الالتزام بها، لأن كل مريض له ظروفه المختلفة. وعلى أية حال فإن الحماية القليلة خير من الحماية الزائدة. فتحت الحماية القليلة قد تقع بعض الحوادث التي يمكن أن تتسبب في حدوث بعض الجروح البسيطة. في حين أن الحماية الزائدة سوف تسبب بالتأكيد اضطراباً في السلوك وفي الشخصية فيما بعد.

وينبغي إلا نميز الأطفال المرضى بالصرع عن أقرانهم وزملاء الدراسة^(١)، فهم إذا لم يتعاملوا مع أقرانهم^(٢) فإنهم لن يتعلموا كيف يمكنهم التعامل مع الآخرين وعندما يكبرون سوف يكونوا منعزلين. وأى سمات شخصية سوف تكون مبالغ فيها إذا لم يتعايش الفرد مع بقية الناس.

(1) School mates.

(2) age group.

وأنه من الضروري ألا يشعر طفلك بأنه غريب أو بأنه وحيد فى مدرسته أو فى خارجها.

وكأى طفل عادى ينمو، فإنه يبدأ فى تلقي السلطة الأبوية، وعادة ما يكون نائراً أو متمرداً ويلطف يتعلم كيف يكون مستقلاً.

والصغير المصاب بالصرع قد تظهر لديه مشكلات سلوكية حادة، إذا كانت القيود التى تفرض لحمايته كبيرة جداً. وإذا كانت هناك بعض القيود الضرورية فإنه من الحكمة معاملة المراهق على أنه راشد، ومناقشة الأسباب الخاصة بها معه ومساعدته على أن يتخذ قراراته بنفسه. وسيكون من الخطورة أن تفرض القيود على مراهق حساس. وأنه من الأحسن أن يشرك المريض فى المناقشة مع طبيبه حول التفاصيل الضرورية للحماية أو للحيلة. وسيكون الصغير سعيداً أن يقبل بعضاً مما يشير به الطبيب وأنت سوف تكون مستعداً أن تقبل مخاطر كثيرة إذا كانت المسئولية ليست كلها عليك.

٣- المريض داخل أسرته (طفل - زوج - زوجة) محتاج لرعاية صحية بقية حياته .. ومن الضروري أن تجد الطبيب الممارس الذى تثق فيه وكذلك يثق فيه المريض. إذا كنت مريضاً سيئاً فلن تأخذ الشئ الأحسن من الطبيب. وإذا وجدت الطبيب الجيد فإنك سوف تكون مريضاً جيداً.

هذه بعض الاقتراحات لكى تكون مريضاً جيداً:

- التزم بتناول أدوية الصرع طبقاً لتعليمات الطبيب.

- لايكفى أن تجمع نشرات الأدوية، بل ينبغى أن ترى طبيبك ولو لدقائق بصفة دورية، فهو الذى يستطيع أن يقيم الآثار الجانبية للعقاقير. وتستطيع أنت أن تسجل التغيرات الخاصة بنمط النوبات الصرعية أو أى شئ

آخر غير عادى. ولأن طبيبك مشغول فتجنب الدخول فى التفاصيل غير الضرورية.

- إذا كنت تشعر بالقلق لاعتقادك أن الأمور تسير فى طريق خاطئ. سأل طبيبك هل ينبغي أن تستشير طبيب آخر متخصص. وعلى أن تأخذ برأيه حتى وإن كان «لا». والنوبات الصرعية قد يحدث لها تحسن لكنها لا تشفى. والبحث عن الشفاء من خلال التنقل من طبيب متخصص لآخر ليس بالأمر الجيد، لأن هذا يسقط الآمال لدى المريض ويجعله فى نظر الطبيب مريضاً صعباً ..

منذ مائة عام كان الصرع يعد شكلاً من أشكال الجنون madness وكثيراً من مرضى الصرع كانوا يودعون فى مكان آمن مثل اليعمارستان asylums أو مكان منعزل. والفكرة مازالت سائدة فى بعض المجتمعات البدائية. وأخيراً، هناك شعور سائد، من أن هؤلاء المرضى، أى مرضى الصرع، ليسوا مجانين. حقيقة فإن هناك شيئاً مختلفاً حولهم. هذا الخوف من إمكانية الجنون وأيضاً بفضاً من نوع الشذوذ مازال يسبب شيئاً من الأسى للمرضى ولأسرهم. إن هذا لا يساعدنا ببساطة لكى، نقول، كل ذلك معقول، إن كل مريض بالصرع إنما هو شخص عادى تماماً. إنه من المفيد جداً أن نشرح الصلة التى يمكن أن تقوم بين الصرع واضطرابات العقل (Mind) أو غرابة السلوك.

تلف المخ: Brain damage

وكما أشرنا فيما سبق من أن تلف المخ قد يكون سبباً هاماً للنوبات الصرعية. وإذا كانت هذه النوبات حادة فإن المريض يكون معوقاً عقلياً، ولكن من الضرورى أن نؤكد أن النوبات ليست هى التى تسبب تلف المخ.

تلف المخ هذا هو الذى يسبب كلاً من النوبات الصرعية والمستوى العقلى دون العادى (انحطاط المستوى العقلى mental subnormality. وعدد من المرضى داخل المستشفيات بسبب إنحطاط المستوى العقلى لديهم مرض الصرع الذى يصعب ضبطه أو السيطرة عليه. ولكن مشكلتهم الأساسية انحطاط المستوى العقلى. وإذا كان المريض من أصحاب الذكاء العادى فإنه عندما يبدأ فى المعاناة من النوبات الصرعية، فليس هناك خوف من أنه سوف يكون دون المستوى بسبب نوباته الصرعية.

تأثير عقاقير الصرع (*) :

العقاقير بجرعاتها العادية لا تحدث أى اضطراب عقلى هام. وإن كانت قد تحدث بعض التباطؤ والتشوش الطفيف فى التفكير وهذه قد لا تكون لها أهمية عند شخص يعمل بستائياً مثلاً، ولكنها تكون ذات أهمية عند المحاسب. وفى هذه الأيام يسمى الأطباء لتقليل جرعات الدواء إلى أدنى مستوى ممكن لتجنب الآثار الجانبية للدواء. ومن الخير أن نخاطر بالإصابة بنوبات صرع قليلة وأن تكون نشطاً ذهنياً (**). بدلاً من أن لا تكون هناك نوبات صرع وأن لا تحتل القمة فى عملك.

وهناك عقار شائع الاستخدام هو الـ Phenobarbitone يجعل الأطفال الذين يتعاطونه سريعى الاستثارة ومفرطى النشاط، لهذا ينبغى وضع هذا فى الاعتبار، كذلك فإن تناول المريض جرعات زائدة من الدواء فإن هناك خطورة حقيقية عبارة عن تشوشات عقلية (mental up sets). وقد يصبح المريض بطئاً جداً ونعسان drowsy، لذلك فإنه لا يستطيع أن يفكر بطريقة سليمة

(*) The effect of antiepileptic drugs.

(**) mentally alert.

وقد يكون مكتئباً يريد أن يؤذى نفسه. وقد يتخيل أن كل شخص إنما هو ضده وبذلك قد يصبح مضطهداً. كما أنه قد يرى أشياء لا وجود لها، أو أن يتخيل أن هناك أصواتاً تحدثه وتخبره ماذا يفعل، ويكون سلوكه أحياناً غير واقعي بالفعل وأن أسرته لا تستطيع أن تتعامل معه. وإذا ما قللت الجرعات فإنه سريماً ما يصبح أحسن.

إصابة الرأس: Head Injury

غالباً ما يؤكد هذا من أنه من الصعب التقليل من النوبات الصرعية حتى مع الحساسية البالغة في استخدام العقاقير وأن المريض قد يستمر في التعرض للنوبات المتكررة. وإذا كانت هذه من النمط الذي يتعرض فيه لأن يسقط ويخبط رأسه، وهو بهذا سوف يعاني من عدد كبير من الإصابات الخفيفة أو السطحية، وهذه قد تستفحل كما يحدث للملاكم المحترف الذي لايلقى الرعاية أو الإشراف الجيد. المريض إذاً سوف يصاب بأذى في المنع كالأذى الناشئ من اللكمات في الملاكمة إضافة إلى اضطراب في السلوك وفقدان لمشاعره. وبالرغم من أن هذا ليس بالأمر الشائع وأنه من الأجدر أن نحته على أن يرتدى غطاء لحماية رأسه.

العلاقة بالنوبات الصرعية: in connection with the fits

التشنجات العامة: Generalised Convulsions

بعد كل واحدة من هذه النوبات الصرعية يبقى المريض مشوشاً (فاقد الوعي) muddled لبعض الوقت وغالباً ما يسلك بغرابة. وهذا لا يكون خلطاً أو تشويشاً مع الاضطراب العقلي الذي يظهر بوضوح مصاحباً للنوبة الصرعية. وإذا كان المريض يبقى مقهوراً أو مقيداً أو مكبهاً خلال فترة التشوش أو الخلط، وقد يكون رد فعله عنيفاً. فغالباً ما يفكر المرضى ملياً،

(1) build up.

وحقيقة فإنهم خطأ يكونون خطرين ولكنهم ليسوا كذلك، ولا يكونون مضطربين إذا تركوا حتى يشفوا أو أن يستعيدوا قواهم. وخلال فترة النوبة الصرعية الكبرى يكون هناك اضطراب فى نشاط المخ. وإذا كان هناك عدة نوبات أو نوبة عنيفة، فإن المريض يحتاج لعدة أيام حتى يبدأ المخ فى العمل بطريقة مناسبة properly مرة أخرى. وخلال هذه الفترة فإن سلوكه يكون أحياناً غريباً جداً. لا تنزعج بهذا، فإنه سوف يستعيد شعوره تماماً. ويقدر الإمكان دعه وحده. إنه قد يحتاج لرعاية جيدة ولكن من غير المجدى مناقشته أو أن تحاول إقناعه.

النوبات الصرعية المركبة الجزئية:

هذه نوبات عامة جداً تأخذ أشكالاً كثيرة وتشمل أجزاء من المخ Brain وهى تتعلق بالانفعالات Emotions وعموميتها هى فى السلوك الشاذ قبل وبعد وخلال إحدى النوبات وهذه يمكن فهمها بسهولة إذا كانت نوبة الصرع ظاهرة. ولكن إذا كانت التأثيرات بسيطة، وتمر دون ملاحظة، عندئذ ما سيظهر جزئياً سلوك مجنون⁽¹⁾ أو سلوك أحمق. والمريض على أى حال ليس مسؤولاً عما يفعله خلال النوبة. ويكون جزئياً وإعياً ومدركاً لما يجرى حوله. وأحياناً يخبر الخوف أو الفزع. انطباعاته عن العالم الخارجى تكون مشوشة ذلك أن عقله لا يتسلم رسائل عادية normal messages. وهناك خطورة حقيقية لأنه سوف يكون رد فعله مثل رد فعل حيوان محاصر إذا اقترب أحد منه. وعلى أى حال فإن خطورة أفعاله قد تظهر غير أنها لا تكون مؤذية لأنها تكون موجهة شعورياً. وإذا كانت النوبة مفهومة وترك وحده فإنه لن تكون هناك مشكلة.

وبالتأكيد فإن المرضى الذين لديهم هذا النوع من النوبات الصرعية قد

(1) Mad Behaviour.

يسلكون سلوكاً غريباً أو أنه يبدو غريباً بين نوباتهم. وهذا لايعنى أنهم «أو
أى واحد منهم مصاب بالصرع «مجنون mad». والاضطراب أحياناً يرجع
إلى تلف فى أجزاء حساسة متضمنة بالمخ، وأحياناً ترجع إلى نوبات صغيرة
جداً تمر دون أن تلاحظ.

شخصية مرضى الصرع:

مرضى الصرع لديهم شخصية خاصة تتميز بنوع خاص من الخراقة^(١)،
تشكل من خلال النوبات الصرعية. هذا الاعتقاد الزائف مسئول إلى حد
بعيد عن أن هؤلاء المرضى يعتبرون مجموعة منفصلة وأنهم مختلفون عن
غيرهم من الناس. وهذه الفكرة مازال يتمسك بها بعض الأطباء النفسيين
القدامى. وهى تسبب نوعاً من الغم أو الضيق. فالنوبات الصرعية لاتغير^(٢)
الشخصية، ولكن هناك طرقات بها يتسبب الصرع أحياناً فى أن تكون
الشخصيات صعبة.

الناس لديهم شخصيات شديدة الاختلاف، مثل أن تكون لهم أحوال
مختلفة وأوزان مختلفة وذكاء مختلف. وعلى أى حال فنحن كما إننا ننمو
ونتطور فنحن نختلط بالناس الآخرين فى المدرسة والمنزل وفى العمل. وهناك
ميل طبيعى لأن نكون قادرين أن نكون مع مجموعتنا، ولذلك فنحن نوافق
أو نضبط تميزاتنا لكى تصبح أكثر قبولاً. أزماننا الحادة تزال مثلما تتم عملية
التسطيح التى تتم فى قاع النهر السريع الفائض. وكثير من المرضى، خاصة
الأطفال يجدون أنها صعبة، بسبب نوباتهم الصرعية، أن يكونوا مقبولين،
كما أنهم يشعرون بأنهم منعزلون. وعندما يتركون المدرسة فأى أصدقاء لهم
يرغبون فى تركهم لهذا فهم يصبحون فى خطر من أن يصبحوا أكثر عزلة

(1) awkward.

(2) Alter.

ووحده. ومن ثم يصبحون غير قادرين على العمل. فلا يكون لهم صديق أو صديقة. ولا يستطيعون أن يقودوا سيارة .. هم منزلون بهذه الطريقة، وهناك خطورة أن ينسحب المريض بالإنطواء على نفسه، وأن أى تميز فى شخصيته تصبح هذه الشخصية متضخمة. أنه من الأهمية للوالدين والمدرسين أن يفعلوا كل ما هو ممكن لمساعدته لكي يكون شخصاً عادياً طبيعياً، حتى وإن كان ذلك يعنى بعض المخاطرة للإصابة الجسدية فى النوبة الصرعية. فالتقدم المكسورة تجبر⁽¹⁾ أما شخصيته المضطربة فسوف تبقى معه طوال حياته.

ولاشك أن مرضى الصرع الذين لديهم حياتهم العادية يواجهون فى حياتهم هذه مشكلات غير عادية .. فيماذا تشعر إذا انفصلت عنك بالزواج أختك الصديقة وأنت تعاني من نوبة صرع؟ إن مريضاً له شخصية قوية على وجه الخصوص قد يتوافق مع هذه المواقف. وبالتأكيد فإن شخصية متوسطة لا تستطيع أن تواجه .. شخصية صرعية، محبطة، سريعة الامتناع، تشعر بأن العالم ضدها.

إفهم نوباتك الصرعية:

- بالرغم من أن النوبات الصرعية سوف تقل بالعلاج المناسب، إلا أن معظم المرضى سوف يظلوا يعانون من بعضها خلال عدد من السنين.
- إذا كان هناك شئ يصعب عليك فهمه اسأل طبيبك.
- إذا فهمت فإن الرعب والغموض سوف يزُالا.
- يمكنك أن تكتشف عن طريق عائلتك أو زملائك ماذا يحدث أثناء النوبة الصرعية.

(1) will mend.

- هناك من المرضى من يعتقد أن كل أنواع الأشياء المرعبة تستمر عندما يكون غائباً عن الوعي. وهناك من الأسر من لا تتكلم عن النوبات الصرعية كنوع من الشفقة على مريض الصرع .. لكنه من الخير أن يعلم المريض حقيقة ما يجرى خيراً من أن يتخيل الأسوأ. فمن الخير أن تنظم حياتك لا أن تجعل نوبات الصرع تجعل حياتك مضطربة. ينبغي أن تعرف أنها حياتك وأنها نوباتك الصرعية، لذلك فلا بد أن تعرف ما هي التدابير الوقائية بدلاً من أن تدع القيود تفرض على حياتك.

النوبات الصرعية الجزئية المركبة: Complex. Partial fits

هذه النوبات يصعب فهمها لأنه في جانب من النوبة يفقد المريض الوعي جزئياً. وقد يعى أفكاره وشعوره وذاكرته بطريقة مشوشة أو مخلوطة لأنها ترجع إلى نشاط عقلي غير طبيعي. وعلى سبيل المثال فإن التذوق لا يكون مريحاً بل إنه قد يكون فاحشاً^(١). كما قد تكون هناك مشاعر لاتوصف عن الجسم، ويشعر بأنه يفعل أشياء ليس له عليها سيطرة. وقد يرجع هذا إلى تشوش مؤقت في جزء من المخ. ومع هذا فهو دائماً لديه خوف حقيقي من أن هناك دائماً شيئاً خطأ لديه، ولهذا فهو شخص غريب أو حتى مجنون^(٢) .. والحقيقة غير هذا.

ينبغي عليك أن تقبل مرضك الصرعي Accept Your Epilepsy

عندما تبلغ بأنك مصاب بمرض الصرع تشعر بصدمة الشعور بكارثة^(٣)، كما لو كنت قد أصبت بمرض خطير dreadful أو مرعب. ورد فعل الصدمة ليس أمراً معقولاً ولكنه أمر طبيعي. في البداية قد تشك أو تنكر التشخيص أو تتظاهر أو تدعى أنك لاتعاني من نوبات صرعية أو قد تصبح

(1) obscene.

(2) Mad.

(3) disastrous feeling.

ممتعضاً بعمق أو ترغب فى دفع أحد أو شئ كتعبير عن الاضطراب، وهو أمر يشبه ما يحدث عند فقد عزيز لك. عليك ألا تجعلهم أن يجعلوك تتصرف بحماقة مع الصدمة المبكرة، وعليك أن تتقبل مرضك الصرعى. وإذا لم تستطع أن تتعلم أن تتعايش مع صرعى، فإن عجزك كإنسان سوف يكون أشد تأثيراً عليك من النوبات الصرعية. إنك تتمتع بالصحة وإنك قادر على الاهتمام بنفسك. فليس من المهم أن تشعر بالعجز خلال ساعة النوبة، ويكون ذلك مرة فى الشهر تكون فيها غير قادر على السيطرة على نفسك، أنت أحسن حالاً من الشخص الأشل المقعد^(١) الذى يعانى من التهاب المفاصل^(٢) أو غير القادر بسبب الالتهاب الشعبى. وإذا كان متجهماً Sullen وممتعضاً، فمن ذا الذى يريد أن يعرف هذا الشخص.

كن مهتماً ونشطاً ..

سوف تحدث النوبات إذا لم يكن لديك شيئاً تفعله أو تفكر فيه .. وإذا لم تكن تعمل، فلا تبقى نصف اليوم فى السرير والنصف الآخر أمام التلفزيون وحتى منتصف الليل. إعمل عملاً إيجابياً لتبنى يومك. وإذا لم تجد عملاً لبعض الوقت فلا تنظر لنفسك على أنك تافه idle أو عاطل. فلا بد أن تتصور نفسك نشطاً وأنت تعمل. كما ينبغي عليك أن تقارن نفسك بالفرد الذى عمل بجد ونشاط حتى أحيل للمعاش^(٣) فى سن ٦٥ .. إعمل على أن تنتسب إلى ناد، وينبغى أن تحترس حتى لاتعفن^(٤) فى حجرة نومك وأنت ناعس أمام التلفزيون. لاتضيع وقتك فى الإشفاق على نفسك ولا تستاء لأنك مصاب بالصرع. كون لنفسك صورة فيها كبرياء،

(1) crippled.

(2) arthristis.

(3) retire.

(4) rot away.

وتصور ماذا تستطيع أن تفعله رغم نوبات الصرع. وفي نهاية كل يوم أنظر خلفك واستعرض ما فعلته لتشعر إنك قد عملت ما فيه الفائدة.

تجنب التطرف : Avoid Extremes

المجهود العقلي والجسمي والضغط العادي قادرة على إبعاد النوبات الصرعية. والمجهود العنيف أو الإنعصاب الحاد المتضمن ضائقة القنوط يؤديون إلى انهيار قدرة السيطرة على مرض الصرع وبالتالي يؤدي إلى مزيد من النوبات الصرعية. وإذا كان لديك إمتحان (فى المدرسة أو الجامعة) فعليك التخطيط له، ذلك بأن تعمل بثبات وألا تترك كل شئ لسعر اللحظة الأخيرة الدقيقة، للجهد قبل الامتحان.

راع أسرتك:

ينبغى أن تحيط عائلتك بتحركاتك خاصة إذا كانت نوباتك الصرعية تكرر .. عليهم أن يحاطوا علماً مسبقاً، أين ستكون، ومتى ستعود. فمشاجراتهم تبدأ فور تأخرك فى الحضور. وعليك أن تتذكر أنك لا تعيش فى جزيرة فى الصحراء، فلا بد أن تأخذ فى اعتبارك الأصدقاء وأفراد أسرتك وقلقهم عليك واهتمامهم بك.

نصيحة عملية:

من الأهمية تناول العلاج بانتظام، فغالبية المرضى ينتظمون فى تناولهم للعلاج، إلا أن هناك من ينسى، خاصة فى حالة النوبات الصرعية الجزئية المعقدة، عندما يكونون مشوشى الذهن muddled. ومن الأحسن أن يكون معك العلاج داخل علبة من البلاستيك حيث أنه من الخطر وجوده فى زجاجة فتتكسر منك وتسبب لك جرحاً خطيراً. وهذه العلبة ينبغى أن تملأ

بالحبوب التي ينبغي تناولها خلال اليوم. وعليك إعدادها في المساء لتتجنب
جاهزة لليوم التالي. ومن الخير أن يكون تناول العلاج مرة في الصباح
وأخرى في المساء حتى لا تتعرض للنسيان خلال النهار.

وإذا كنت تعساً بدرجة أنك لا تستطيع ضبط مثانتك خلال النوبات
الصرعية أو إنك تعاني من سلس البول^(١) incontinence فيمكنك مساعدة
نفسك بالذهاب إلى الحمام دائماً، وألا تتناول مشروبات قبل ذهابك إلى
الفرش مباشرة. وإذا أردت فيكون ذلك قبل وقت من الذهاب إلى الفراش،
ويتبع هذا دخول الحمام قبل النوم مباشرة .. وينبغي أيضاً أن تغطي فراشك
بمشمع أو بلاستيك إذا كانت عملية التبول تتكرر وأن تلبس ما يحميك من
البلل وأن تسأل طبيبك النصيحة.

إن أى سائل داخل الجسم يجعل النوبات الصرعية اسوأ لذلك لا ينبغي
أن تتناول كمية من السوائل غير العادية. ومن الخير ألا تتناول المسكرات لأن
لها تأثير على ما تتناوله من علاج. وتذكر أن الشخص العادي إذا تناول
المسكرات يتأثر بها.

التدبير الوقائي^(٢) :

قد يتبادر إلى ذهنك أن تمارس بعض المخاطر لكي تعيش عيشة عادية،
ولكن حاذر أن تشوى في النوبة الصرعية. لذلك ينبغي أن تكون النار
والأنابيب الساخنة مؤمنة. والمرأة التي تتعرض للنوبات الصرعية باستمرار
يجب أن تكف عن إعداد الطعام على الموقد إلا في حضور شخص آخر من
أفراد الأسرة.

(1) incontinence.

(2) safty precautions.

الخصوصية^(١):

الناس تحتاج للخصوصية عند الذهاب إلى الحمام أو عندما تستحم. ولكن في حالة المرضى بالصرع ينبغي ألا يغلق عليهم باب الحمام أو باب دورة المياه. ويمكنك أن تترك على الباب ورقة معلقة تشير إلى أن الحمام أو دورة المياه مشغولة وأن داخلها شخص. ومن الأحسن أن يأخذ مريض الصرع «دش»^(٢) وإن كان لديه رغبة عارمة في أن يأخذ حمام داخل البانيو فلا بد ألا يكون البانيو عميقاً وأن يبقى مع هذا الباب غير موصد وأن يكون موارباً ajar وأن يكون هناك من هو على مدى السمع Earshot.

من ناحية أخرى ينبغي أن يحمل مريض الصرع ما يشير إلى أنه يعاني من مرضى الصرع وأن تكون معه هويته .. أى بطاقة شخصية أو عائلية تدل عليه ..

(1) privacy.
(2) Shower.
(3) Ajar.

المخ

Brain

ترجع النوبات الصرعية إلى اضطراب وقتى فى المخ، لذلك ولكى نفهم هذه النوبات فإنه من المحتم أن تكون لدينا فكرة بسيطة عن أعمال المخ.

والمخ إن هو إلا جهاز كمبيوتر هائل مصغر جداً (مخ اليكترونى) متصل من خلال تليفون تبادلى شديد الإتقان (يسمى مركز المخ أو المخ التبادلى) بأسلاك تليفون وهى الأعصاب (nerves) والتى تحمل الرسائل من وإلى كل أجزاء الجسم. وهناك ملايين من الأعصاب. وكثير منها يدخل فى نظام التليفون، وهى شديدة الطول، ولكن الأغلبية منها صغيرة جداً، وهى تشكل المخ الإلكتروني.

ودعنا نقول أن هناك شخصاً يريد أن يقادر كرسية ليدير التلفزيون، فإن مخه الإلكتروني يعد البرنامج الذى يرسل بمجموعة من التعليمات لمركز المخ أو المخ التبادلى والذى فى المقابل يقوم بالاتصالات الضرورية لإرسال الرسائل للمجموعات الكثيرة المختلفة من العضلات التى ينبغى أن تنشط، لكى تنفذ الحركات المطلوبة بالتتابع السليم.

وليس هناك أحد يستطيع أن ينفذ أفعالاً محسوسة إن لم يكن يعرف ما يجرى حوله. وفى كل أنحاء الجسم هناك عدد هائل من الأعضاء الحسية التى ترسل تعليمات من خلال الأعصاب لمركز المخ أو المخ التبادلى، ولنعطى مثالا لعملية اللمس، والألم والحرارة عن طريق الجسم، أو الضوء والصوت

(1) Mary V.Laidlaw & John Laidlaw , Epilepsy Explained. churchill Living Stone, Edinburgh, London, 1980.

عن طريق العيون والآذان. ومن ملايين الرسائل، ينتقى مركز المخ (المخ التبادلي) الرسائل المهمة ويصلها ببعضها لتصبح معاً شيئاً له معنى. فعندما يلتقط شخص ما بركة، فإن أصابعه ترسل رسائل تتعلق بنعومة ملمسها وبرودتها، وأنفه برائحها وعيونه بلونها البرتقالي. وكل مجموعة من الرسائل منفردة لاتعني كثيراً. وهي فقط عندما تبوب sorted out في مركز المخ - المخ التبادلي يكون لدى الفرد معلومة أنه يمسك ببركة.

وكل يوم يغذى مركز المخ - المخ التبادلي - بمليون فوق مليون من وحدات المعلومات ذات المعنى للمخ الإلكتروني. وأغلب أعمال المخ الإلكتروني تبقى لغزاً ولكن من المحتمل أنها تقدم المعلومات بطرق متعددة. قد تكون هناك معلومة مجهولة ومستبعدة كشيء قليل الأهمية. منها ما يؤثر في طريقة شعور الفرد وترتبط بالعواطف، كالخوف، واللذة. ومنها ماله قيمة يخزن ويشكل الذاكرة ليؤثر في التفكير المستقبلي والأعمال actions. وبعض المعلومات تحتاج للتعامل معها في الحال وتشكل برنامج العمل الحالي.

والمخ الإلكتروني مسئول عن الوعي، والدراسة بما يحدث والتخطيط للعمل الهادف. وعندما ينام الفرد فإن الرسائل تصل وتبوب عن طريق مركز المخ - المخ التبادلي - ولكنه لا يعرف قيمتها أو قدرها. إذا استقبلت رسائل خطيرة أو قوية فالمخ الإلكتروني ينشط أو يتيقظ والفرد نفسه يستيقظ ويصبح واعياً لكل ما يجري. والنوم شكل طبيعي لعدم الوعي، وجزء من المخ الإلكتروني يكون في رقاد. وعلى أى حال، فالجزء المرتبط بالوعي قد يكون بعيداً عن الفعل، وعلى سبيل المثال، فالإصابة الشديدة للرأس أو بالمادة الخطرة التي تتراكم خلال المرض الشديد. عندئذ فإن المريض يكون غير واع وفي غيبوبة والتي منها لا يستطيع أن يكون متيقظاً حتى بالرسائل شديدة الخطورة الصادرة عن مركز المخ - المخ التبادلي.

لا يحتاج الفرد فقط أن يكون مدركاً لما يجرى حوله وأن يتخذ الفعل المناسب للتعامل مع بيئته، ولكن من الضروري أيضاً أن يعمل جسمه على نحو دقيق. ومقدار ضخّم أو هائل من المعلومات تستقبل عن طريق مركز المخ - المخ التبادلي - من الأعضاء الداخلية، القلب والرئتين، والقناة الهضمية وغيرها - وتغذى المخ الإلكتروني فتعالج وتعاد إلى مركز المخ - المخ التبادلي كبرنامج للرسائل لترد إلى الأعضاء لتقوم بأداء أى توافق ضرورى. وكل هذا يحدث دون أن يكون الفرد مدركاً لما يجرى حوله. وهذا يجرى بطريقة شبه شعورية، وفى الحقيقة فإن هذه تحدث بطريقة عادية حتى وإن كان الشخص فاقداً لوعيه، ما لم يكن مريضاً بمرض مميت "very gravely ill". وجزء المخ الذى يجعل الجسم مستمراً يسمى أحياناً بالمخ البدائى لأنه إلى حد بعيد هو نفسه مثل الذى وجد عند الحيوانات. والتى (ادمغتها*)، أمخاخها لم تنمو إلى الحد الأقصى كما حدث للجنس البشرى. والمخ البدائى له اهتمام خاص لأنه يبدو أن له اتصالاً مباشراً بذلك الجزء من المخ الإلكتروني الذى يتعلق بالذاكرة والانفعالات. والمخ البدائى له اتصالات بالفصين الصدغيين لمركز المخ - المخ التبادلي، ويسمى بهذا لأنه قائم تحت الصدغيين Temples. والفصان الصدغيان يتسلمان رسائل تتعلق بالتذوق والشم وكذلك الأجزاء المجاورة (جارة) لمركز المخ - المخ التبادلي تجمع الرسائل الحسية وبذلك تكون لها معنى. وهذه تغوص غالباً فى نمط هام لتوبة الصرع ..

(*) هناك من يستخدم مصطلح Brain على أنه المخ والآخرون يعتقدون أن الترجمة الحقيقية هي الدماغ.

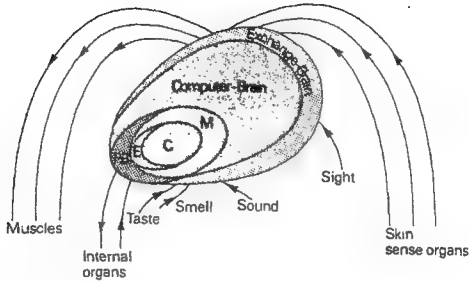


Fig. A.1

فى شكل (A - 1) يتبين أن الأعصاب تغادر مركز المخ - المخ التبادلى - حاملة التعليمات إلى العضلات. وأعصاب أخرى تنتقل Travel إلى مركز المخ - المخ التبادلى - تحمل معلومات من الأعضاء الحسية للجسد ومن الأعضاء الحسية الخاصة للتذوق، والشم والصوت والرؤيا sight والمخ البدائى (P - B) يتسلم رسائل من ويرسل تعليمات إلى الأعضاء الداخلية. والمخ الالكترونى يتضمن أجزاء من الذاكرة (M) والوعى (C) والعواطف (أو الانفعالات) (E) والتي من المحتمل أن تقبع (lie) قريباً من المخ البدائى.

وشكل (A - 1) أيضاً تبرز شكلاً بسيطاً للاتصال بين الأعضاء الحسية والعضلات ومركز المخ - المخ التبادلى - والمخ الالكترونى والمخ البدائى.

الرؤية Sight	مركز المخ - المخ التبادلى Exchange - Brain
الأعضاء الحسية Sense Organs	العضلات muscles Computer - Brain
M (memory C (consciousness)	الأعضاء الداخلية Internal Organs
E (emotions)	المخ البدائى (P. B.) Primitive - Brain

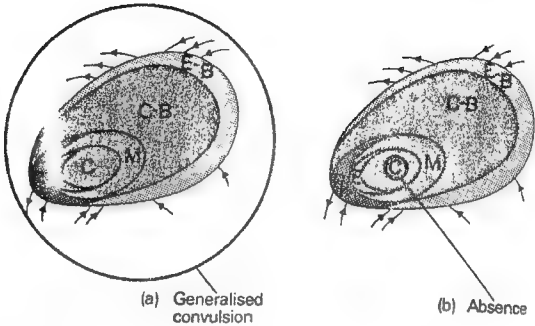


Fig. A.2

وفى شكل (A - 2) تتضمن الدائرة الثقيلة جزءاً من المخ المستغرقة involved فى نوبة الصرع.

(A) المخ كله مستغرق منذ البداية فى نوبة التشنج العام الأولى
(B) وجزء العقل هذا فقط المتعلق بالوعى هو المتأثر بغيبوبة النوبة الصرعية الصغرى.

فى الشكل (A - 3) الدائرة الثقيلة تتضمن جزءاً من المخ الذى يستغرق فى نوبة الصرع. و (a, b, c.) تشكل النوبات الصرعية الجزئية. وكل واحدة قد تنتشر وقد لا تنتشر لتحدث نوبة تشنج عام ثانوية (d). و (a) تظهر arises فى جزء من مركز المخ - المخ التبادلى - تتعلق بالحركة (نوبة الحركة الجزئية البسيطة). و (b) الجزء المتعلق بتلقى الأحاسيس (نوبة

(1) نوبة غياب الوعى Absence.

الإحساس الجزئية البسيطة). و (c) تظهر فى الفص الصدغى المتضمنة لأجزاء من المخ الالكترونى ومركز المخ - المخ التبادلى - والمخ البدائى (النوبة الصرعية الجزئية المركبة). و (d) تستغرق كل المخ كما فى شكل (A - 2 a). وبالنظر فى شكل (A - 2)، وشكل (A - 3) يبرز فى الدائرة الثقيلة (السوداء) أجزاء المخ المتضمنة فى الأنواع المختلفة للنوبات الصرعية والتي سبق عرضها فى الصفحات السابقة. وفى النوبة الصرعية الكبرى التشنجية الأولية (شكل A-2a) المخ كله مستغرق منذ البداية. والمخ الالكترونى غير قادر على الاحتفاظ^(١) بالوعى، وهو يغذى مركز المخ - المخ التبادلى بتعليمات غير مبرمجة، والذي فى المقابل يمرر رسائل غير منظمة لكل مجموعات العضلات محدثاً لها تقلصات تلقائية، ولهدف غير مفيد، فى البداية تكون باستمرار أى حالة تصلبية وأخيراً تصبح متقطعة^(٢) حالة اهتزازية.

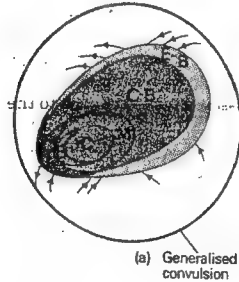


Fig. A.2

فى غيبوبة النوبة الصرعية الصغرى (شكل A-2b) نجد فقط ذلك الجزء من المخ الالكترونى المتعلق بالوعى يكون متأثراً وجدانياً^(١). وهذا كما لو كان هذا الجزء يدور خارج الدورة (يدور إلى الخارج)^(٢) وعندئذ وفى خلال عدد قليل من الثوان يدور إلى الداخل^(٣) مرة أخرى.

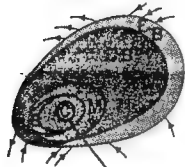


Fig A-2 (b) Absence

-
- (1) maintain consciousness.
(2) intermittently.

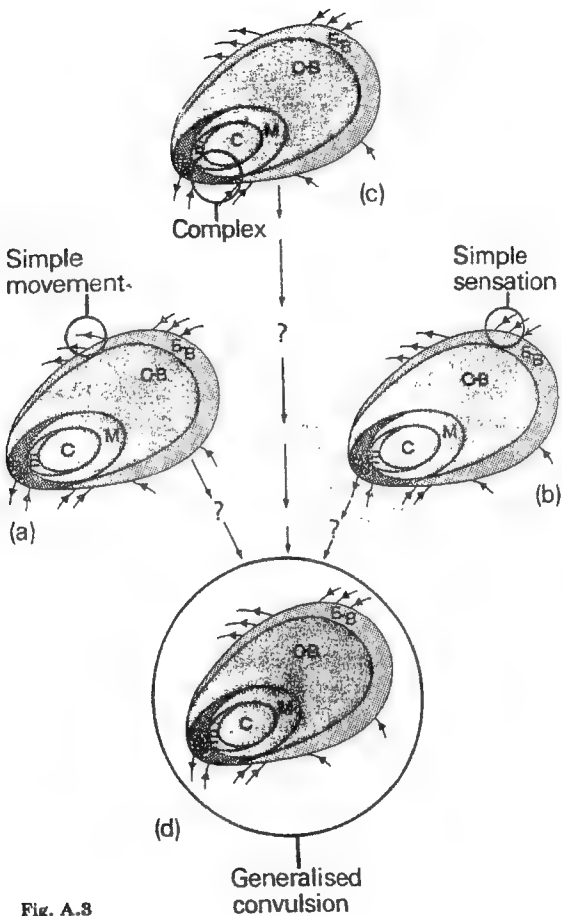


Fig. A.3

شكل (A - 3) يعرض ثلاثة أنواع مختلفة من النوبات الصرعية

الجزئية:

نوبة الحركة البسيطة (شكل A- 3a) ، ونوبة الإحساس البسيط

(شكل A-3b) ، والنوبة الجزئية المركبة (شكل A- 3c) . وكل من هذه

النوبات الصرعية قد تنتشر في بعض الأوقات لكي تحدث تشنجاً عاماً (شكل

A - 3d) .

(1) affected.

(2) switched out of circuit.

(3) switched in.

Glossary

نوبات صرعية: Fits = attacks = Seizures

نوبة غياب الوعي: Absence

نوبة بسيطة (النوبة الصغرى) مع غياب الوعي لثوان قليلة، ولكن بدون حركات، وجزئياً فى بعض الأوقات، كرفرفة خفيفة لجفون^(١) العين (الأطفال عادة لديهم هذه النوبات).

الفسحة الصرعية (إحساس منذر بالنوبة الصرعية) Aura

هى المرحلة الأولى للنوبة الجزئية قبل فقدان الوعي، ويكون المريض واع لما يحدث، والأوراء قد تخدم كنوع من التنبيه warning.

حالة اهتزازية: Clonic Phase

هى جزء من التشنج العام (النوبة الكبرى)، وخلالها يكون هناك حركات عنيفة متشنجة^(٢) لكل الجسم ترجع إلى انقباضات متعاقبة^(٣) وإرتخاء للمضلات.

غيبوبة: Coma

حالة من فقدان عميق للوعي. عندما يكون المريض هادئاً، وغير واع لما يجرى ولا يكون قادراً على الاستيقاظ^(٤).

(1) Flickering.

(2) Jerking.

(3) Alternating contraction.

(4) Roused.

النوبة الصرعية الجزئية المركبة: Complex Partial Fit

شكل عام للنوبة الصرعية والتي عادة ما تبدأ في الفص الصدغي، ويكون هناك تغير^(١) في الشعور، والنوبات قد تأخذ أشكالاً مختلفة.

سبق رؤيته: Deja Vu

الشعور بأن الذى يحدث قد حدث من قبل، وهذه قد تكون الـ aura الخاصة بالنوبة الصرعية الجزئية المركبة.

أقطاب كهربية: Electrodes

حشوة لباد بها قطب كهربي توضع على الرأس لتسجيل الـ EEG^(٢).

التهاب الدماغ: Encephalitis

عدوى^(٣) يصاب بها المخ فتحدث التهابا.

حمى اختلاجية - حمى تشنجية: Febrile Convulsion

تشنج عام لدى الطفل يصاحبه درجة حرارة مرتفعة.

تشنج عام: Generalised Convulsion

نوبة صرعية حادة يصاحبها حالة تخشب Tonic، واهتزاز Clonic، وغالباً ما يعقبها فترة غيبوبة ثم استغراق في النوم.

نوبة الصرع الكبرى: Grand Mal

مثل حالة التشنج العام.

(1) alteration.

(١) EEG هي اختصار للـ electro-encephalogram وهو الرسم الكهربي للمخ وهناك

electro-encephalo graphy وهو تخطيط موجات المخ الكهربية (رسم المخ).

(3) infection.

صرع الفص الصدغى : Temporal lobe Epilepsy

تبدأ النوبة الصرعية فى الفص الصدغى عادة فى شكل نوبة صرعية جزئية مركبة.

حالة تصلبية : Tonic Phase

ذلك الجزء من التشنج العام (النوبة الصرعية الكبرى) والتي من خلالها كل العضلات تنقبض^(١) ويصبح الجسم فى حالة تيس Stiff.

ورم (*) : Tumour

بعض الأورام تكون سرطانات، ولكن غيرها كثير غير ضار harmless.

(1) contract.

(*) الأورام منها أورام حميدة benign، ومنها أورام غير حميدة malignant. وهى الأمراض السرطانية.

الفصل العاشر التخلف العقلي

- مقدمة
- التأخر العقلي:
- أنواعه
- معدل انتشاره.
- أسباب التأخر العقلي:
- العوامل الوراثية.
- العوامل الاجتماعية الحضارية.
- الأمراض المعدية.
- عامل التسمم.
- عامل الصدمات.
- عوامل الأيض.
- الأورام كعوامل مؤدية للتأخر العقلي.
- العوامل النفسية.
- بعض الأنماط الاكلينيكية الشائعة للتأخر العقلي.
- المنغولية.
- القصاعة.

الأصل على أن نلاحظ أن النقص العقلى له أسباب تكوينية داخلية وثنائية خارجية ترجع لمرض معين بالمخ.

ونسبة الذكاء (*) هى التى تستخدم كمؤشر لقياس القدرات العقلية ومن ثم تزودنا بوسيلة مناسبة لتحديد التأخر العقلى الذى يتضمن أداء عقليا أدنى من المستوى الذى يعد متوسطاً أو عادياً بالنسبة لفترة العمر. ولقد اصطلاح على أن تعد نسبة الذكاء (٧٠) حداً فاصلاً بين الأداء المتأخر والأداء السوى.

ولكن هيزر وولمان يريان أن استخدام اختبارات الذكاء كوسيلة للفصل بين المتأخرين عقليا من ناحية والأسوياء من ناحية أخرى ينسب لاختبارات الذكاء قدرة لم يقم بادعائها واضعوا الاختبار أنفسهم. أضف إلى ذلك أن هناك مشكلات تنطوى عليها اختبارات الذكاء من بينها:

- تأثير الحضارة على الأداء، فالأطفال المحرومون حضارياً وجماعات الأقليات وأسر المهاجرين قد يكون أداؤهم منخفضاً فى اختبارات الذكاء وأن كانوا على درجة عالية من الكفاءة العقلية.

- أن هناك فروقا بين اختبارات الذكاء من حيث طبيعتها. فمنها ما يقيس المهارات اللغوية ومنها ما يقيس القدرة على الاستدلال أو حل المشكلات الأمر الذى قد يجعل فرداً يحصل على درجة تضعه بين فئة المتأخرين فى بعض النواحي دون الأخرى.

- أن بعض الاختبارات تظهر فيها بعض التذبذبات فقد يحصل فرد فى يوم على نسبة ذكاء مقدارها (٦٩) وفى يوم آخر على نسبة مقدارها (٧١)

$$(*) \text{ نسبة الذكاء} = \frac{\text{العمر العقلى}}{\text{العمر الزمنى}} \times 100$$

مثلا. وعلى ذلك فانه ينبغي أن تكون للاختبار درجة ثبات كاملة. أى أن تكون النتائج فى يوم مطابقة لتلك التى حصل عليها فى يوم آخر.

وبسبب هذه المشكلات فقد روى أن يعتمد عند تشخيص التأخر العقلى على معايير أخرى إلى جانب نسبة الذكاء .. فالتأخر العقلى يتضمن وجوده عدة خصائص:

- حالات لا سبيل إلى شفائها.
- أنها ذات أصل تكوينى.
- أن الذكاء فيها يكون أدنى من المستوى العادى.
- أن النمو العقلى يتوقف فيها.
- وأنها حالة من عدم الكفاءة الإجتماعية.

ورغم أن الخاصتين الأولى والثانية لم تعد مقبولتين الآن. رغم أن هناك بعض أنواع التأخر العقلى التى لا سبيل إلى شفائها. إلا أن هناك حالات أخرى يمكن أن تتحسن. هذا إلى جانب أن التأخر العقلى قد ينطوى على أداء عقلى أدنى من المستوى السوى وذلك يرجع إلى الاضطراب الانفعالى الشديد أو بسبب الحرمان البيئى.

والواقع أن التأخر العقلى ليس من الضرورى أن يكون خاصية ثابتة بل هو تعبير عن قلة الكفاءة العقلية والإجتماعية، والتى قد تبدل من طائفة من الاسباب متنوعة. والحقيقة أن فكرة الكفاءة الإجتماعية جدية بالنظر، ذلك أن الفرد قد يظهر عدم الكفاءة الإجتماعية فى مقاييس الذكاء، ومستوى مقبولا من الكفاءة الإجتماعية فى مواقف الحياة. والكفاءة الإجتماعية تتضمن تفديرا للنضج الإجتماعى وحتى تتد الأطفال قد تتضمن مساعدة

الطفل لنفسه والتطبيع الإجتماعى وتوجيه المرء لنفسه، وهى عند الكبار فان التضج الإجتماعى قد يتبدى فى الاستجابة للتقاليد الإجتماعية، وفى الأمارات الدالة على روح المسئولية والجدارة بالثقة والقدرة على اعالة الذات. وكثير من الراشدين الذين قد تم تشخيصهم بالتأخر العقلى على أساس من أدائهم فى اختبارات الذكاء تراهم قد تمكنوا من التوافق السليم من الناحية الإجتماعية والشخصية والمهنية فى البيئة.

ولكن لكى ندرك طبيعة التأخر العقلى ينبغى أن نمنع النظر فى أوصاف الأفراد الذين ينتمون إلى مستويات مختلفة من التأخر العقلى ذلك فى ضوء التصنيف التالى:

المتاخرون عقلياً تأخراً عميقاً:

هؤلاء الأفراد يعانون من خلل شديد، وفى العادة نجد أنه قد وقع لهم مرض شديد بالجهاز العصبى المركزى، وكثير منهم لديه عاهات كالصمم، والبكم، والنوبات وفقدان التأزر الحركى وصحتهم تكون عادة سيئة وحياتهم قصيرة. كذلك فإن أدائهم فى اختبارات الذكاء يتراوح فيما دون العشرين أى أن القرد منهم إن كان يبلغ من العمر ١٥ سنة فإن عمره العقلى يكون ثلاث سنوات ذلك أن كانت نسبة ذكائه (٢٠) .

المتاخرون عقلياً تأخراً شديداً:

أما هؤلاء الأفراد فانه من الممكن أن يكتسبوا مستويات محدودة من مهارات تساعد الذات والتى يمكن لها أن تقلل من أتكالهم واعتمادهم على الآخرين. وكثير من هؤلاء الأفراد لا يستفيدون من فرص التدريب؛ وهم محتاجون للإبقاء تحت الإشراف الملتزم خوفاً حياتهم ذلك أن نسبة

ذكائهم تتراوح بين ٢٠ - ٣٥ وهى تساوى عمراً عقلياً مقداره خمس سنوات وثلاثة أشهر ذلك إذا كانت نسبة الذكاء (٣٥) ويتميز النمو الحركى واللغوى لهؤلاء الأفراد بالتأخر عادة كما أنهم مصابون عادة بأمراض الجهاز العصبى.

المتأخرون عقلياً تأخراً متوسطاً:

يحصل هؤلاء الأفراد على نسبة ذكاء ما بين ٣٦ - ٥٢ وهى تساوى عمراً عقلياً يقدر بحوالى ٨ سنوات ذلك لطفل يبلغ من العمر ١٥ سنة وتكون نسبة ذكائه (٥٢). ويستطيع هؤلاء الأفراد أن يكتسبوا مهارات الاعتماد على الذات فى التغذية. وقضاء الحاجة والاستحمام ويقدر من التدريب المدد فى ظروف خاصة يمكنهم أن يعولوا أنفسهم ومع هذا تظل الحماية تتابعهم، كذلك فممكن الممكن تنمية القدرات الحركية واللغوية لديهم وبالأستمرار فى هذا الصدد يمكن لنا أن تمكنهم من التوظيف وبالاتصال الفكرى المناسب مع الآخرين بل ومن هؤلاء من يستطيع أن يصل فى التعليم إلى مستوى الصف الثالث الابتدائى تقريباً.

المتأخرون عقلياً تأخراً طفيفاً:

نسبة الذكاء التى يحصل عليها هؤلاء تتراوح ما بين ٥٣ - ٦٩ وهى تساوى (١٠) سنوات. عمراً عقلياً لطفل يبلغ من العمر ١٥ سنة وذلك بنسبة ذكاء (٦٩).

وهؤلاء الأفراد قادرون على تعلم المهارات الاجتماعية واللغوية ذلك تحت إشراف خاص وفى مكان معد إعداداً خاصاً. ومن هؤلاء الأشخاص من يتزوج ويكون أسرة إلا أنهم غالباً ما يواجهون صعوبات فى تسيير أمورهم

العائلية. وفي مراحل حياة هؤلاء الأولى يتميز نموهم الجسمي بالبطء وقليلاً منهم من تبدو عليه عاهات أو أوجه قصور ملحوظ عند بلوغ مرحلة الرشد.

معدل الانتشار:

لقد قدر عدد المتأخرين عقلياً في بلد كالولايات المتحدة الأمريكية عام ١٩٦٧ بستة ملايين شخص، وأنه سيضاف لهذا العدد عام ١٩٦٨، ٢١٠٠ طفلاً يعدون مختلفين عقلياً، وللمجتمع الأمريكي يفقد حوالي ٦ بلايين دولار من الدخل القومي بسبب أنهم يظلون بدون عمل نتيجة التأخر العقلي وقلة الفرص. وأن الحكومة الأمريكية المركزية ترصد لبرامج مساعدتهم مبلغاً يزيد عن ٤٠٠ مليون دولار وأن ما تنفقه الولايات والمجالس المحلية والمنظمات الخاصة في كل سنة يزيد على ٨٠٠ مليون دولار.

أسباب التأخر العقلي:

يصنف التأخر العقلي تبعاً لترد جولد^(١) إلى أربعة مجموعات حسب أسبابها:

المجموعة الأولى:

تأخر عقلي يرجع إلى الوراثة وهو تأخر مرتبط بعوامل ذاتية داخلية.

المجموعة الثانية:

تأخر عقلي نتيجة عوامل بيئية أو خارجية .. الصدمات - المرض - فساد الوظائف بعد الميلاد .. وهذا تأخر ناتج عن عوامل خارجية.

المجموعة الثالثة:

تأخر ناتج عن أسباب وراثية وبيئية مشتركة.

(1) Tredgold.

المجموعة الرابعة:

تأخر عقلى ناجم عن أسباب غير معروفة.

ولكن الرابطة الأمريكية للنقص العقلى تحدد ثمانية عوامل أولية:

١- الحالات التى ترجع إلى العدوى أو التلوث.

٢- الحالات التى ترجع إلى التسمم.

٣- الحالات التى ترجع إلى الصدمات أو عوامل جسمية.

٤- الحالات التى ترجع إلى ظهور أورام.

٥- الحالات التى ترجع إلى اختلاف فى عملية التمثيل الغذائى أو النمو أو التغذية.

٦- الحالات التى ترجع إلى مؤثرات فيما قبل الميلاد (وهى غير معروفة).

٧- الحالات التى ترجع إلى سبب غير معروف أو مؤكد مع ظهور استجابة تكوينية.

٨- الحالات التى ترجع إلى سبب غير معروف، ويفترض أنه نفسى، مع ظهور استجابة وظيفية فقط.

ولنقدم العرض التالى للعوامل الأولية للتأخر العقلى كما تعرضه الرابطة الأمريكية:

العوامل الوراثية:

حالات معينة تنتقل مباشرة من الوالدين للطفل، وأحياناً ما يتوارث المرض عن طريق أحد الجينات السائدة من قبيل المرض النادر الذى يسمى بالتصلب الدرئى وهو يتميز بوجود طفح عند سن الرابعة تقريباً وبأورام فى

المخ وبعض أعضاء الجسم الأخرى. ومن بين الاختلالات التي يظن أنها مرتبطة بالجينات المنتمية مرض يقال له العته المرتبط بضعف الإبصار. وهذا يتضمن تدهوراً أو انحلالاً نيورولوجياً سريعاً وظهور بقعة مميزة حمراء في لون الكرز في شبكية العين ثم تحدث الوفاة في سن الثانية أو الثالثة. ثم مرض الفيناييل كيتونوريا^(١) وفيه لا يستطيع الطفل أن يقوم بالتمثيل الغذائي الصحيح لأحد الأحماض الأمينية نتيجة عدم إفراز أحد الانزيمات الهاضمة وبالتالي تطرد هذه المادة من البول. وبما أن هذه المادة ضرورية للنشاط الذهني العادي فإن غيابها يؤدي إلى التخلف العقلي بدرجات متفاوتة.

ولقد أمكن في الآونة الأخيرة عد الصبغيات أو الكروموزومات عند الإنسان الأمر الذي أدى إلى القطع بأن المنغولية مرض مرتبط بشذوذ الصبغيات فنحن نجد لدى الفرد السوي ٤٦ صبغية ونجد عند المنغولي ٤٧ صبغية نتيجة فيما يبدو لتحول زوج من الصبغيات السوية إلى ثلاث صبغيات. وقد تبين أن هناك عدداً من حالات التأخر العقلي يكون فيها عدد شاذ من الصبغيات ولكنها على خلاف حالات المنغولية تكون الصبغية الزائدة فيها من ضمن زوج الصبغيات الخاص بالجنس.

العوامل الاجتماعية الحضارية:

العوامل الاجتماعية الحضارية تؤثر بالضرورة في الذكاء تأثيراً ذا دلالة. فالأبحاث أثبتت أن هناك معامل ارتباط هام بين المستوى العقلي للطفل والطبقة الاجتماعية وأن الارتباط يصل إلى حوالى (٠,٥٠) ولقد تبين أن الآباء في طبقة العمال غير المهرة وعمال اليومية ينتجون من الأطفال الذين

(1) Pheny Ketonuria.

يوصمون بالتأخر العقلى بمقدار ١٥٠ ٪ من هؤلاء الأطفال المتأخرين الذين
ينجهم آباء طبقة أصحاب المهن المتخصصة.

ولقد لوحظ أن الأطفال فى المدارس الواقعة فى المناطق المتخلفة. تصل
نسبة المتخلفين عقلياً بينهم ما بين ١٠ ٪ - ٣٠ ٪ بينما هى ١ ٪ أو ٢ ٪ فقط
بين تلاميذ مدارس المناطق رفيعة المستوى اقتصادياً من نفس المدن التى تقع
فيها المدارس السابقة الإشارة إليها. فعدد كبير من الأطفال المتخلفين عقلياً
ينشأون فى بيئات تتميز بالفقر الشديد وبقلة التنبيه العقلى والضحالة
الحضرية فى المنزل وبقلة الاكتراث بالتعليم. ففى هذه البيئة يفتقر الطفل
إلى أدنى قدر من الحوافز لتنمية عقله والارتفاع بذكائه أو للبحث عن
المعرفة أو لتركيز جهوده أو للاستفادة القصوى من قدراته الفطرية، وأن
الحرمان العاطفى والافتقار إلى التنبيه عوامل قوية قد تعطل النمو العقلى
والوظائف العقلية ... وأحياناً ما يؤدى إلى الانتقال إلى بيئة أكثر تنبهاً
واستشارة إلى تحسين الأداء العقلى. ففى دراسة أجريت فى بريطانيا تبين أن
هناك ازدياد فى نسبة الذكاء لدى بعض الأطفال الذين أبعادوا عن ديارهم.
وأن هذا الازدياد يرتفع لدى أولئك الأطفال الذين كانوا يعيشون فى بداية
الأمر فى ظروف منزلية شديدة السوء.

والحقيقة أن إتاحة فرص الانجاز العقلى والتشجيع عليه عوامل هامة تؤثر
فى النمو العقلى. فقد تبين فى دراسة وجود علاقة بين أسلوب التأديب
والتهذيب الذى تتبعه الأسرة والمستوى العقلى للأطفال. فالآباء الذين
يفرضون المعايير العالية ويشيرون المطالبين ويزرعون أولادهم بالفرص المثيرة التى
تتيح للطفل التعلم، فقد كان متوسط نسبة ذكاء أطفالهم (١٢٤). بينما
الآباء قليلوا الاهتمام والذين يتجاهلون أطفالهم فى حقيقة الأمر مادم

هؤلاء الأطفال لا يتعرضون للمشاكل فقد كانت نسبة ذكاء أطفالهم (٩٧) في المتوسط. أما الآباء مما يتميزون بفرط القلق والآباء الذين يشعرون بالموذية الهادئة فقد كان متوسط نسبة ذكاء أطفال ١٠٧ ثم ١١٠ على التوالي.

الأمراض المعدية:

إن بعض الأمراض التي تصاب بها الأم أثناء الحمل تؤدي إلى التأخر العقلي. فالحصبة الألمانية تسبب الضعف العقلي عند الجنين وتكون الخطورة عليه بالغة إذا أصيبت الأم بهذا المرض خلال الشهور الثلاثة الأولى للحمل. كما أن الزهري له أيضاً تأثيره البالغ في هذا الصدد. والتهاب الكبد والانفلونزا الآسيوية.

هذا إلى جانب الأمراض التي يصاب بها الطفل نفسه وبعد شفائه تترك بصماتها وراءها ألا وهو النقص العقلي. كالالتهاب السحائي وخصوصاً إذا أصيب به الطفل وهو في الشهور الستة الأولى. فهذا المرض يحدث تلفاً شديداً في المخ. وأيضاً الالتهاب الدماغي فمن عاش بعد الإصابة به يعيش بأوجه نقص عقلية أو جسمية.

عامل التسمم:

يحدث التسمم نتيجة مص الطفل أو مضغ اللعبة مصنوعة من الرصاص أو استنشاقه لرذاذ الطلاء المحتوي على الرصاص وإن حدث هذا فإنه يؤدي إلى تلف في مخ الطفل. ويحدث نفس الأمر أو أكسيد الكربون، الذي يخرج من آلات البنزين. وعقار الثاليدوميد المهدئ، إلا أنه قد ثبت أن تعاطيه خلال الشهر الأول من الحمل يؤدي إلى تشوهات في الأجنة وأن هذا يرتبط عادة بالتأخر العقلي ذلك لأن أجهزة الطفل تبدأ في التكوين في هذه الفترة الحرجة.

عامل الصدمات:

رأس الطفل عند الولادة لا يتكون إلا من غضاريف لينة وليست عظمية فيحدث عندما يكون هناك عدم تناسق بين حجم رأس الطفل وحوض الأم أن يلجأ الطبيب لاستخدام الجفت وقد يساء استخدام هذه الآلة لعدة أسباب فتحدث إصابات مباشرة للمخ، تؤدي إلى الضعف العقلي كذلك يؤدي إلى نفس النتيجة عسر الولادة أو طول فترة المخاض أو نقص الأكسجين الذي يحدث لعدة أسباب منها طول الفترة ما بين قطع الحبل السرى وتنفس الطفل (الربت على ظهر الوليد). كذلك إذا بلغ الطفل كمية كبيرة من السوائل أثناء الولادة بحيث تملأ رئتيه وتعوق تنفسه. وأيضاً زيادة نسبة تخدير الأم، التي قد تصل إلى الجهاز التنفسي ومخ الطفل وإما يتعقد الحبل السرى نفسه فيعوق ذلك وصول الأكسجين والغذاء إلى الطفل أو أن يتعقد الحبل حول رقبة الطفل فيؤدي هذا إلى نقص كمية الدم الواصلة إلى المخ فيحدث هذا موت بعض الخلايا وهذه بمثابة إصابات غير مباشرة للمخ.

ولانستطيع أن نفعل ما نتحدثه أشعة (X) فهي إن تعرضت لها الأم خلال الشهور الأولى للحمل فإن هذا قد يحدث نوعاً محدداً من تشوه تكوين الرأس الذي يعرف بالميكروسفالي وهو الصغر المفرط في الدماغ. ولقد بينت الدراسات التي أجريت على نساء هيروشيفا اللواتي تعرضن للأشعاعات الذرية، أن عدداً كبيراً منهن قد أنجبن أطفالاً مصابين بالميكروسفالي^(١). ويشتهر في أن الاشعاعات الذرية قد يتجم عنها اختلالات بالكروموزومات تؤدي إلى عيوب جسمية وعقلية.

(1) Microcephaly.

عوامل الأيض : Metabolism

نقص التغذية أو اختلال الأيض عوامل مؤكدة فى إحداث التأخر العقلى. ومن الأمراض التى تتجم عن هذا مرض الفينيل كيتونوريا^(١) وهو شذوذ فى عملية التمثيل الغذائى للأحماض الأمينية راجع لعيب وراثى. وهذا المرض يعود للعجز عن تمثيل غذائى لمادة معينة بسبب انعدام انزيمات الكبد اللازمة لعملية الأيض. وأن هذا يؤدى إلى تكون حامض الفينيل بايروفيك بدرجة مفرطة. كذلك فإن اختلال التمثيل الغذائى للمواد الكربوهيدراتية قد تؤدى إلى حالات مثل جلاكتوسيميا^(٢). واختلال وظيفة الغدة الدرقية يؤدى إلى حالات مثل القصاع.

الأورام كموامل مؤدية للتأخر العقلى:

لاشك أن الأورام التى تنمو فى المخ قد تؤدى بطريقة مباشرة أو غير مباشرة إلى التأخر إذ هى تسبب ارتفاع الضغط فى الجمجمة ومن الأورام التى تتحدد بالوراثة التصلب الدرئى. وكذلك فإن الأورام الناتجة عن هذا المرض تكون فى كل أنسجة الجسم تقريباً، بما فى ذلك المخ والوجه والعينين والكليتين وتحت أظافر الأصابع. على أن شدة النقص العقلى تتوقف فى حالات الأورام على المنطقة المصابة بالمخ وعلى مقدار الضرر. ففى التصلب الدرئى يكون الضرر بالغاً وهذا يؤدى إلى تأخر عقلى عميق وإلى الموت آخر الأمر وقبل أن يصل الطفل إلى مرحلة التضج.

العوامل النفسية:

هناك تأخر عقلى حقيقى وهو ذلك التأخر الذى لا يرجع إلى عوامل

(1) Phenyl Ketonuria.

(2) Galactosemia.

انفعالية. أما التأخر العقلي الكاذب فهو ذلك الذى يحدث نتيجة للصراعات النفسية وهذه تعطل تحسن الأداء العقلي.

بعض الأنماط الكلينيكية الشائعة للتأخر العقلي:

سنعرض لأنماط من التأخر لها خصائص اكلينيكية مميزة.

المنغولية:

هذا نوع من التأخر العقلي شائع ذلك لانتشاره إذ نجد أن نسب وجوده ما بين (١ : ١٠٠) أو (١ : ٥٠٠) منغولى بين الأطفال العاديين. وهذا المرض أحياناً ما يطلق عليه اسم زملة أعراض داون^(١)، ويمكن أن نتعرف عليه بسهولة فالعينان تكونان مائلتين على شكل لوزتين واللسان غالباً ما تبدو عليه شقوق عميقة. ويميل للبروز خارج الفم كما لو كان أكبر بكثير من التجويف الفموى، كذلك فإن الأنف يكون قصيراً مسطحاً والأسنان تكون غير منتظمة الشكل، والجلد جاف أبيض خشن، ذلك بعد فترة الولادة والمنغولى هذا يكون لديه شكل قبيح وأصابع قصيرة تنتشر للخارج، وأصابعه المختصر يكون مقوساً وبصماته تكون على شكل الحرف (L).

والمنغولى يتميز بالقامة القصيرة والبطن البارز والأعضاء التناسلية غير النامية وبصوت أجش والشعر بعد أن يكون ناعماً يصبح جافاً متفرقاً .. الجمجمة الصغيرة المستديرة مقدمتها ومؤخرتها متسلطختان والرأس صغيرة دائرية.

وبسبب عيوب القلب والجهاز التنفسي والسل والتزلات الشعبية فإنه يموت من المنغوليين ٢٠٪ قبل الولادة وما بين ٤٠٪ - ٥٣٪ بعد الولادة.

(1) Down's Syndrome.

كذلك فإن المنغولى كثيراً ما يصاب بضعف الجهاز الدورى وبالحساسية الشديدة للحرارة أو البرودة الشديدة والمنغولى الذى يجتاز مرحلة الرضاعة لا يعيش لأبعد من ١٢ عاماً.

ودرجة التأخر العقلى قد تكون العتة المنغولى أو البله أما المتوسطين منهم فقد يمكنهم القيام بالواجبات البسيطة كالأنشطة والأعباء المنزلية. ولا يستطيعون أكثر منها لانحطاط مستوى التأخر لديهم.

والمنغولى عادة هادئ إلا أن دفعه ناحية السلوك العدوانى مسألة سهلة. وهو إلى جانب هذا يحتاج لمن يعينه على التوافق الاجتماعى رغم أنه ودود سهل الإقناع والمؤانسة.

ولقد لوحظ أن النساء كبيرات السن أى ما بين ٣٠ - ٤٥ وحتى سن ٤٩ هن اللامى بنجب الأطفال المنغولين.

لذلك هناك من ينصح النساء بالآلآ ينجن بعد سن ٣٥ سنة ولقد لوحظ أن المنغولى يكون آخر الأبناء وقد يرجع ذلك لخشية الأم من أن تنجب منغولى آخر. كما لوحظ أن كثرة الإجهاض تبلغ ذروتها بعد ولادة المنغولى وأن فى هذا دلالة على أن النسوة كبار السن تنخفض قدرتهن على الانجاب. كذلك فإن البيئة المعيبة (الرحم) هى المسئولة عن مثل هذه الولادات مشوهة التكوين والتى إن دلت على شىء فإنما تدل على فساد النمو العقلى والجسمى.

وهناك من يدعى أن المخ المنغولى تبدو عليه أمارات محددة تدل على أنه غير مكتمل النمو إذ هناك نقص فى الأخاديد المخية وصغر حجم نصفى المخ الكرويين كذلك فإن الفحوص الميكروسكوبية كشفت عن وجود خلايا من

شأنها أن تختفى عند الأسوياء ذلك ببلوغ الجنين الشهر السادس أو السابع من الحمل.

ولقد ثبت أن ٩٥٪ من المنغولين تكون لديهم حالة شذوذ فى الصبغيات أى وجود كروموزوم زائد يسمى كروموزوم أولارندو وهو يؤدى إلى وجود ثلاث صبغيات بدلاً من الزوج العادى.

ولقد عبر بعض الباحثين فى ثقة إلى أن اختلال النمو الذى يقع فى فترة مبكرة من الحمل فى الأسبوع الثانى هو المسئول عن التغير فى الجينات .. ويظن أن بيئة الرحم غير المناسبة عند الأمهات كبيرات السن تلعب دوراً فى هذا الصدد.

القصاعة القزمية: Cretinism

القصاع نوع من التأخر العقلى المأساوى يرجع إلى الإضطراب الغدى أو عدم التوازن وسببه المعاناة من قلة ما يدخل جسم الطفل من مادة اليود التى هى تشكل عنصراً حيوياً لتكوين الثيروكسين وهذا الهرمون تفرزه الغدة الدرقية^(١) ويتنشر فى الأماكن التى تفتقر تربتها الزراعية لمادة اليود وبالتالي تكون منتجاتها الزراعية تفتقر لهذه المادة، أيضاً. ومن أشهر المناطق التى ينتشر فيها القصاع جبال الأنديز وروكى فى الأمريكتين والهمالايا وجبال الألب حول سويسرا.

ويلاحظ أن نسبة انتشار القصاع تقل عن ٥٪ من حالات التأخر العقلى. وهو يظهر على الوليد بعد ولادته بحوالى ستة أشهر وعند الولادة يبدو سوياً ذلك راجع إلى أنه مازال محتفظاً بمدد كاف من الثيروكسين. ولكن عندما يحل النصف الثانى من العام الأول لميلاد الطفل يصبح هذا

(1) Thyroid.

الوليد عاجزاً عن امتصاص ثدى الأم ثم يبرز لسانه ويصبح أنفه سميكاً مسطحاً والجفون منتفخة والعينان متباعدتين والشفاه سمكية والأسنان مدببة تتآكل بسرعة ملحوظة. وشعر الرأس قليلاً والجلد جاف وخشن يميل إلى الصفرة والتجعد، والتنفس يكون أقرب إلى الشخير، والأطراف مشوهة التكوين، فالسيقان مقوسة، تميل للقصر والقدمان واليدان قصيرة ضعيلة التكوين وسيئة.

كذلك فهو شخص يتسم بالهدوء والوداعة يسهل توجيهه المهني إذا توافر له قدر من الذكاء.

والقصيع أى المصاب بالقصاع خطواته عند المشي بطيئة قصيرة يبدو عليه القماءة والقبح فى نشاطه الحركى عموماً. وتبدو رأسه مفرطة الكبر بالنسبة لجسمه ورقبته. تبدو مفرطة القصر أيضاً وبطنه بارزة وعند اكتمال النمو لايزيد طوله عن ثلاثة أقدام .. والأعضاء الجنسية لدى القصيع تظل غير ناضجة حتى وإن وصل إلى مرحلة النضج .. ورغم أنه يأكل بشراهة فإنه يعاني من الضعف العام وتنفسه ونبضه بطيئان ودرجة حرارته أقل من الدرجة السوية بدرجتين أو ثلاث.

ويلاحظ أن هناك ارتباطاً بين شدة الأعراض الجسمية للقصاع وشدة النقص العقلى على أن القصاع يرتبط أيضاً بالمستويات المختلفة من التأخر العقلى ويتراوح بين المستوى المتوسط والمستوى الشديد.

على أن القصاع لايعود للأسباب السابق ذكرها فقط بل أن علاج الأمر بالعقاقير الطبية المضادة للدرقية أثناء الحمل تكون وراء ظهور هذا المرض عند الوليد .. وهذا من ناحية أخرى يشير إلى أن أساليب العلاج يمكن لها أن تحدث تحسناً، إذ تمت فى المراحل الأولى، فى المظهر

الجسمى إذ لا يلبث الطفل أن يصبح متيقظاً غير متبلد قادراً على الأداء العقلى السوى.

الفيناييل كيتونوريا: Phenyl Ketonuria

اضطراب يرجع إلى عملية الأيض وهو يقع فى كل عشرة آلاف إلى ٢٥ (ألف) من المواليد.

هذا العرض يترتب على وجود عيب وراثى معين إذ يفتقد الرضيع نوعاً من الانزيمات. وزيادة الفيناييل المتبقية تتلف الجهاز العصبى وتؤدى إلى التأخر العقلى.

وهذا العرض يدل عليه رائحة فى البول عطنة وغريبة وصاحبه يتميز بالنمو الجسمى السوى والطفح الجلدى والاكزيما والمسافات الواسعة الفاصلة بين قواطع الأسنان وبسبب الاختلال الهرمونى فإن المريض يتميز أيضاً بالبشرة فاتحة اللون والعيون الزرقاء وبالقامة المنحنية والمشية المتخشبة.

ويتعرض الواحد منهم للتشنجات خلال السنوات الأولى من حياته، كذلك يبدى حركة ونشاطاً مفرطين وأعراضاً تشبه الفصام الكاتونى. كما أنه يتميز بالسلوك الانسحابى.

إن اهمال علاج هذا العرض يؤدى إلى تأخر عقلى شديد وإن جرى الاكتشاف والعلاج فى فترة مبكرة يقى من الآثار المدمرة لهذه الحالة. أما إذا جرى العلاج فى مرحلة يتجاوز فيها المريض سن ثلاث سنوات فإن الآثار تكون زيادة طفيفة فى الأداء العقلى. والعلاج يكون عبارة عن نظام تغذية خاص .. ومرضى هذا المرض حوالى (٧٪) من نزلاء مؤسسات ضعاف العقول.

الميكروسيفالى أو صغر الدماغ المفرط:

أصحاب الرؤوس المفرطة فى الصغر والمتأخرين عقلياً هم دائماً من مستويات التأخر الشديد فى الذكاء. وينشأ هذا المرض من الإصابة بالحصبة الألمانية أو الجرعة الزائدة من أشعة أكس والتعرض للإشعاعات الذرية وبعض أمراض المخ والميكروسيفالى الأولى يرجع إلى جين واحد (كروموزوم) متوارث.

وتتميز الخصائص الجسمية للميكروسيفالى بأنها تميل للصغر فالجمجمة صغيرة المساحة والجبهة والذقن متراجعان فى حدة وجوانب الرأس تنحنيان إلى الداخل كذلك الجسم يصل إلى تمام النمو وتكون القامة مع هذا قصيرة.

والميكروسيفالى الحقيقى يتميز بالحيوية والتيقظ والقدرة على التقليد والود وحسن السلوك والقدرة على حسن التوافق لحياة المؤسسات التى يودع فيها. والغالبية العظمى من هؤلاء القوم يكونون من بين المتأخرين تأخراً عقلياً شديداً ولكن نجد بينهم المتأخرين تأخراً عميقاً والمتأخرين بدرجة متوسطة.

الاستسقاء الدماغى أو الهيدروسفالى:

هذا المرض حالة نادرة قد يحدث قبل الولادة كما يحدث بعدها وهو راجع إلى تراكم السائل النخاعى داخل الجمجمة يحدث تلفاً فى أنسجة المخ بسبب اختلال الوظائف ويحدث بسبب وجود عائق يمنع الانسياب السوى. ويرجع هذا الاختلال إما إلى الصدمات والزهرى عند الوالدين أو الأورام أو أمراض التلوث .. الالتهاب السحائى أو الالتهاب الدماغى.

والأعراض الجسمية لحالة مرض الماء فى الرأس (الهيدروسفالى) تظهر على شكل تضخم مفرط للجزء الأعلى من الجمجمة ويبقى الوجه سويًا فى حجمه. وتكون فروة الرأس رقيقة وتبرز الأوردة الدموية والتأذر الحركى. مختلفاً كما يبدو الضعف فى عضلاتهم.

ودرجة النقص العقلى هنا قد تكون اختلالاً بسيطاً أو تأخرًا عقلياً عميقاً يموت صاحب هذا المرض قبل الولادة إذا حدث المرض أثناء فترة الحمل ولا تطول حياة من يصاب به بعد الميلاد. وقد يحدث الشفاء دون أى تدخل عقارى أو جراحى فيه، والتحسن يكون قليلاً إذا كان التلف الذى حدث فى المخ قد وقع بالفعل والجراحة الناجحة تؤدى إلى شىء من التحسن الذى قد يؤدى إلى قيام الهيدروسفالى بوظائفه.

العتة العائلى المرتبط بفقد الإبصار:

هذا المرض تتميز به الأسر اليهودية أكثر من غيرها وهو انحلال متوارث يتضمن التأخر العقلى. وهو أربعة أنواع: نوع أثناء فترة الرضاعة المبكرة. ونوع ثان أثناء فترة الرضاعة المتأخرة. وثالث فى مرحلة الشباب ووابع فى طور الشباب المتأخرة .. وأشهر هذه الأنواع العتة العائلى فى مرحلة الرضاعة المبكرة والذى يعرف بمرض تاى / ساكس.

والمواليد الذين يصابون بهذا المرض يولدون ولادة سوية وينمون نمواً سويًا إلى ما بعد الشهر الثانى أو الثالث ثم تظهر عليهم حساسية شديدة للضوضاء وعجز عن الجلوس وإجهاد وصعوبة فى إبقاء الرأس منتصبه ثم يفقد الطفل بالتدريج إبصاره حتى يصاب بالعمى التام. وإذا فحصت شبكية العين لظهر فيها بقعة حمراء فى لون الكرز ثم يحدث بتقدم الزمن ضمور فى عضلات

الجسم كله وفي الأعصاب البصرية. والسمع يبقى حساساً بدرجة ملحوظة. كذلك قد تحدث للطفل نوبات تشنج والتدهور العقلي يكون سريعاً.

والعتة العائلي الذي يحدث في مرحلة الرضاعة المتأخرة يبدأ بعد السنة الثالثة بأعراض مشابهة لحالة العتة في الرضاعة المبكرة إلا أن الطفل المريض هنا يموت في السنة السادسة من عمره على الأكثر.

أما ذلك العتة الذي يحدث في مرحلة الشباب فإن أعراضه تظهر بين السنة السادسة والثامنة من عمر الفرد وتكون أعراضه شديدة تتضمن الشلل وتغيرات في الشخصية وتشنجات وقابلية شديدة للاهتياج والفرد هنا لا يعيش لأكثر من أربعة عشرة عاماً.

أما النوع الرابع وهو العتة العائلي في الشباب المتأخر فهو نادر الحدوث وقد يظهر في فترة متقدمة أى -حوالى سن العشرين أو أكثر إلى الثلاثين وأعراضه شبيهة بتلك التي تصاحب عنه الشباب إلا أن التقدم هنا في الانحدار يكون بطيئاً وصاحبه قد يعيش حتى من الخمسين.

علاج المتأخرين عقلياً:

هل هناك أمل في شفاء التأخر العقلي؟

الإجابة على هذا متضمنة في التعريف الذي جئنا به في أول تناولنا لهذا الموضوع وعلى هذا فإن التغيير في مستوى الأداء العقلي أمر ممكن عند المتأخرين عقلياً. وأن هذا التحسن يخضع لمدى التلف الذي أصاب المخ وبحسب طول الفترة التي انقضت من قبل أن يبدأ العلاج. على أن هناك عدداً من الأفراد يمكن إعادتهم إلى الأداء العقلي السوى بأساليب العلاج المبكر. كذلك فإن هناك فريقاً آخر يبدو عليه التحسن في رعايته لذاته وفي

كفاءته الاجتماعية. هذا إلى جانب فريق ثالث يمكن له أن يفيد من الالتفات إلى المشكلات الانفعالية وفريق رابع تكون الحياة فى مؤسسات الرعاية الخاصة أحسن مكان يمكن أن يتطلع إليه.

والعلاج يمكن أن يسير فى قنوات ثلاثة:

أ- العلاج الطبى.

ب- أساليب التدريب التربوى فى مؤسسات خاصة.

ج- أساليب العلاج النفسى.

أ- العلاج الطبى:

نجاح العلاج الطبى مرهون بوقاية المخ من التلف الناجم عن المرض. ذلك فى حالة العلاج المبكر للزهرى. والالتهاب السحائى والالتهاب الدماغى، وحالات التسمم التى سبق أن بينا كيف أنها تحدث التأخر العقبى. على أن العلاج الطبى قد يكون استخدام الجراحة كإزالة أورام أو ضغوط السائل المخى الشوكى وأحياناً ما تكون العقاقير وسيلة للعلاج، فاستخدام العقاقير المهدئة مع المتأخرين لتخفيض المشكلات السلوكية وازدياد فى الاستجابة الاجتماعية والقدرة على التوافق الاجتماعى والنتائج ايجابية فى هذا الأمر وإن كانت هناك فروق فردية فى هذا الصدد.

ب- أساليب التدريب التربوى فى مؤسسات خاصة:

انتشرت مدارس ومراكز التدريب الخاصة بالمتأخرين عقلياً فور إدراك الناس لأهميتها فى تقديم التربية والتدريب اللازمين لزيادة قدرات المتأخرين عقلياً فى الاعتماد على الذات والاستقلال عن الغير. حتى وأن بعض المدارس العامة قد أنشأت فصولاً خاصة وأعدت برامج معينة للمتأخرين تأخراً

عقلياً طفيفاً ذلك لتنمية المهارات الأساسية فى القراءة والكتابة ورعاية الذات واكتساب المهارات المهنية.

وأما الأفراد الأشد تأخراً فقد أعدت وسائل تربوية خاصة تقوم على تنبيه البصر والسمع واللمس وحركات العضلات ذلك عن طريق أنشطة خاصة. فالمتأخر عقلياً يدرّب هنا بالتدريب على قوة الملاحظة وعلى تنمية القدرة على إصدار الأحكام وعلى التمييز. وتقوم هذه البرامج على اتخاذ رعاية المتأخر لنفسه ومن المهارات البسيطة ومن التدريب الاجتماعى البسيط أهدافاً محددة تعين المتأخر على أن يحقق بعض الاشباع فى الحياة. كذلك استخدم أسلوب التدعيم والإثابة فى التدريب على عادات الإخراج.

أما حالات التأخر العقلى العميق فإنها تتطلب الرعاية الطبية بسبب العاهات أو الأمراض الجسمية إلى جانب الأساليب التربوية رغم أن الأهداف التربوية المحدودة تكون هنا بعيدة المنال.

والأسرة .. الأب والأم قد يتعرضان لتأثير الضمير ذلك عندما يودعان طفلهما الضعيف عقلياً إحدى المؤسسات المعنية بهذه الحالات .. ولكن قيامهما المستمر بزيارته سوف تقنعهم بأن هذا هو الأسلوب الأمثل فى مثل هذه الحالات خاصة إذا كان الطفل مصاباً بعاهات أو أمراض جسمية شديدة أو إن يكون عدوانياً فى سلوكه ولا يمكن السيطرة عليه أو أن الوالدين غير قادرين على تزويده حتى ولو بقدر قليل من الرعاية أو التوجيه.

على أننا ينبغي أن ندرك أن مراكز التدريب والمدارس هذه لها آثار تختلف باختلاف الفروق الفردية أى أنها يمكن أن تكون مثيرة للبعث وضارة للبعض الآخر.

جـ- العلاج النفسى للمتأخرين عقلياً:

يصلح هذا النوع من العلاج للحالات التى تكون للعوامل الانفعالية اليد الطولى فيها. على أن هذا لاينفى أن لهذا العلاج آثاره الايجابية حتى فى تلك الحالات التى تسود فيها العوامل العضوية أى الوراثية.

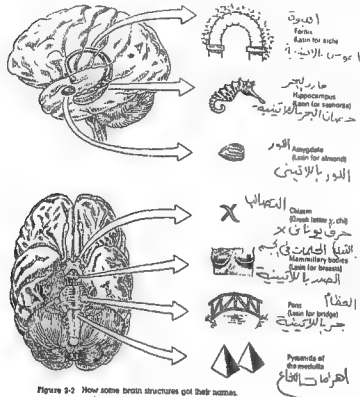
فبعض حالات التأخر العقلى تقوم الحياة الانفعالية أو العاطفية فيها على رفض الأبوية أو تخليهما عن الطفل أو على معاكسة أقرانه ونقدم لهم له وعلى رفض الذات. كذلك منهم من يعجز عن فهم لماذا يفشل هو فى شئ وأقرانه ينجحون فيه.

كذلك فإن الوجود فى المؤسسة يكون نوعاً من العقوبة أو المحنة أو الإبتلاء للمتأخر عقلياً. وعلى هذا فإن المتأخر عقلياً قد يواجه من المشاكل ما تعوق توافقه الاجتماعى. لذلك قد يتوافق بالانعزال أو بتقلب المزاج أو بالانفجارات السلوكية كذلك فإنه قد يخبر القلق والمخاوف التى تنجم عن قدرته المحدودة على أن يفهم نفسه ويفهم ما يحيط به من ملابسات.

والإرشاد النفسى فى هذا المجال يكون ذا فائدة إذ استعنا به فى تخفيف المشاكل السيكولوجية التى يعانى منها آباء المتخلفين عقلياً.

وهذا موضوع (أى الإرشاد النفسى) سوف نتناوله فى محاضرات علم النفس العام.

Chapter 2
بَابُ الْإِسْمِ الْفَاعِلِ
The active verb is a verb which is seen by the senses and is accompanied by an object. It is therefore named as follows.



الفصل الحادي عشر

العقاقير الطبية وآثارها السلوكية والنفسية

- الآثار النفسية للعقاقير.
- العقاقير النفسية وأنواعها وتأثيراتها المختلفة.

الفصل الحادى عشر

العقاقير الطبية وآثارها

السلوكية والنفسية

الثورة التى حدثت فى أوائل الخمسينيات فى علاج الأمراض النفسية باستخدام العقاقير أدت إلى تحس كبير فى الأعراض المرضية^(١) وتغير فى شكل ومسار المرض المزمن حتى أن تلك الأعراض الخطيرة وغير المحتملة أصبحت أخف وأرحم الأمر الذى مكن الإنسان من التحكم فى المرض مما ينبى بمستقبل يتحقق فيه القضاء على بعض هذه الأمراض.

وهذه العقاقير لاشك ذات تأثير على الوظائف الفسيولوجية وعمليات الأيض^(٢) الأمر الذى يؤثر على الشخصية والعمليات العقلية والانتباه والادراك. كذلك فهذه العقاقير تحدث تغييرات بيوكيميائية فى الجهاز العصبى لمستخدمها. ولاشك فإن لهذه آثارها النفسية والعصبية.

لذلك فقد ظهر فرع جديد من العلم هو علم الصيدلانيات النفسية^(٣) يربط بين علم النفس وعلم الفارماكولوجى أو الصيدلانيات دخلت إليه علوم الصيدلة والكيمياء الحيوية والطب النفسى.

وهذا العلم الجديد يدرس أثر العقاقير المستخدمة فى علاج الأمراض النفسية وأثر ادمان الحشيش والنيكوتين (التدخين) والكحول (ادمان الخمر) وعقاقير LSD للهلوسة على عمل الجهاز العصبى وعلى السلوك الجنسى والاجرامى وتوافق الشخصية.

(1) Symptoms.

(2) Metabolism.

(3) Psychopharmacology

ولكى ندرس أثر العقاقير على السلوك أو الأثر النفسى للعقاقير فإننا لا بد أن ندرس شخصية الفرد وخصائصها وأبعادها، كذلك البيئة الاجتماعية التى يعيشها وعلاقاتها الاجتماعية فيها، ذلك قبل تعاطيه العقار وبعده وأن نضع فى اعتبارنا طبيعة العقار من ناحية التركيب والتركيز وطريقة تناوله ومقدار الجرعة.

الأثار النفسية للعقاقير:

العقاقير لها تأثيراتها الايحائية بغض النظر عن محتوياتها الكيميائية. هذا ما أدركه المفكرون والعلماء منذ زمن بعيد. فكبسولة الجيلاتين الممتلئة بملح الطعام حين تعطى للفرد على أساس كونها قرص منوم فإنها تؤدي فى أغلب الأحيان إلى النعاس بالفعل ذلك بنسبة ١-٣. ولكنها إذا أعطيت على أنها ملح بالفعل فلن يكون لها هذا الأثر الجسمى النفسى بل نلاحظ زيادة مناسبة ومتوقعة فى كمية الملح التى يفرزها جسم الفرد.

والأفراد الذين أجريت عليهم دراسات تناولوا أثنائها البلاسيبو (وهو مادة تأخذ شكل الدواء دون احتوائها على أية عناصر كيميائية فعالة) قد شعر ثلثهم بتحسن قد طرأ على الأعراض المرضية التى يشكون منها قبل تناولهم البلاسيبو سواء أكان الصداع أو البرد أو الكحة أو حتى المرض النفسى أو الربو.

ولاشك أن هذا الأثر أثر نفسى ذلك أن البلاسيبو خال من أية عناصر فعالة تؤثر على هذه الأعراض المرضية. فالعوامل النفسية كالإيحاء^(١) وغيره تودى إلى زيادة تأثير العقار أو تقليل أثره. وهؤلاء الأفراد الذين يؤثر فيهم

(١) Suggestibility.

البلاسيبيو كانوا موضوع لدراسة شخصياتهم فتبين أن هؤلاء الأفراد لهم شخصيات انطوائية تتميز بالقلق.

وعموماً فإننا ندرك كما أدرك العلماء أن لأى علاج فائدة ذلك لأثرها النفسى. على المريض الأمر للذى أوحى لكثير. من البلحئين المتخصصين بالقيام بتحديد التأثير النوعى للعقاقير الطبية ومن ثم عزل التأثيرات الأخرى عن الموقف الذى يتم فيه العلاج ذلك أن التفاعل قائم بين الفرد والعقار والبيئة التى يجرى فيها تناوله له.

فلقد لوحظ أن المريض بالاكتئاب يحتاج لجرعة دوائية أقل فى البيت عنها بالمستشفى ذلك فى ضوء ظروف إجتماعية مناسبة له.

نرى إذا كيف أن الظروف المحيطة بتناول العلاج ذات أثر واضح الأمر الذى يفسر لنا فشل بعض العقاقير عند استخدامها على نطاق واسع بعد نجاحها المعملى، وبالمستشفى فالأفراد يتفاوتون فى توافرهم على تناول العلاج حسب التعليمات المعطاة من الطبيب أو المكتوبة مع الدواء فهذا يستمر حسب التعليمات وذلك يخالفها وثالث يتوقف عن تناولها بعد شعوره بتحسن مما يعانىة أو لأنه لم يجد أى تحسن بعد فترة من استخدام العلاج. كذلك فإن للطبيب أثره أيضاً فبعض الأدوية تحقق نسبة نجاح لمرضى طبيب ولا تحقق نفس النسبة لدى طبيب آخر الأمر الذى يؤكد أن اتجاهات المريض نحو الطبيب ونحو العلاج لها أثرها الذى لا يمكن تجاهله.

الدراسة التجريبية لتأثيرات العقاقير:

تتطلب الدراسة التجريبية إتباع المنهج العلمى الذى يستخدم فى كافة التجارب العلمية والأمر مطلوب عند دراسة تأثير أى عقار نرغب فى تجربته ومعرفته آثاره المختلفة فنأتى بمجموعتين من الأفراد متشابهتين فى الجنس،

والحالة الصحية ومستوى السن، ونستخدم مجموعة للتجربة وتسمى المجموعة التجريبية فنعطئها العقار الذى نريد تجريبته والمجموعة الأخرى ونسميها المجموعة الضابطة وهذه لا تأخذ العقار بل نعطئها ما يشبه العقار ولكى نضبط تأثير العامل السيكولوجى فالمجموعة الضابطة نأكد لها أنها تأخذ العقار الحقيقى كالمجموعة التجريبية حتى نرى الأثر الحقيقى لعدم تناول العقار المطلوب تجريبه. وأيضاً نرى أثره لدى المجموعة التى تناولته. وإن نعطئ هذه المجموعة العقار ونقارن أثره أو أن نحضر مجموعة واحدة من الأفراد نحرى فحوصاً عليهم ونعطئ هذه المجموعة العقار ونقارن أثره أو ما أحدثه من تغييرات بحالة أفراد المجموعة بعد تناولهم للعقار نفسه أى أننا نستخدم مجموعة واحدة بدلا من مجموعتين للدقة وليكون الحكم موضوعياً إلى أبعد حد.

وكما هو معروف أن للعقاقير آثارها المختلفة على أجهزة الجسم الإنسانى لذا ينبغى أن تجرب لتحديد هذه الآثار سواء أكانت آثار سلوكية أو آثار فسيولوجية أو آثار غدية أو غيرها والربط بينها.

ونحن كسلوكيين نرى أنه من المفيد أن يتوافر لدينا قدر معقول من المعلومات عن مقدار ما يصل من هذا العقار أو من عناصره الفعالة إلى الجهاز العصبى المركزى، وأين يؤثر على وجه التحديد، وماهى طبيعة تأثيره حتى يمكن الربط بين للتغيرات الفسيولوجية أو البيو-كيميائية وغيرها وبين التغيرات السلوكية المصاحبة.

ولقد تبين فى عديد من الدراسات أن هناك بعضاً من العقاقير تحدث تغييرات فى الوظائف السيكولوجية كالإدراك والانتباه والتعليم والدوافع والذاكرة. ومن الضرورى لنا كسلوكيين أن نطالب الذين يجرون هذه

التجارب فصل الوظائف النفسية بعضها عن بعض ليتمكن معرفة تأثيرات هذه العقاقير على كل وظيفة مستقلة عن الأخرى. فان كان هناك عقار مثلاً يؤثر على شهية الكائن الحي بخفضها، فان ذلك قد يؤثر على تعلم الكائن الحي، وبذلك يصبح من الصعب تفسير النتائج، فإذا كنا نستخدم الطعام كمدعم أو كمكافأة فسوف نجد أن دافع الحيوان للحصول على هذا التدعيم دافع منخفض، وبالتالي فان قوة تأثيرات الطعام تنخفض سخفاً كبيراً ويؤدي ذلك إلى بقاء التعلم. ويحدث عكس هذه النتيجة لو استخدمنا نوع آخر من التدعيم .. اذا دعوتنا لفصل الوظائف أمر له مايرره.

كيفية قياس الآثار السلوكية للعقار؟

يمكن للأخصائي النفسي القيام بقياس الآثار السلوكية للعقاقير الطبية باستخدام الاختبارات النفسية الجيدة أى التى يتوافر فيها الصدق والثبات والتى تستخدم فى دراسة التغيرات التى تحدث فى عمليات التخيل والذاكرة والتأذ الحركى والبصرى. إلى جانب استخدام الأجهزة العلمية التى أعدت لقياس عمليات التعلم والإدراك والانتباه وهذه القياسات تعطى لنا تقديرات كمية تعالج بطريقة إحصائية وباستخدام المجموعات التجريبية والضابطة أو استخدام مجموعة واحدة يعطى لها العقار المطلوب تجريب آثاره بعد إخضاعها للقياس قبل الاستخدام وبعده.

هذا الأسلوب العلمى فى القياس يوصلنا إلى نتائج أكثر دقة عن تلك التى نحصل عليها من الآراء الشخصية أو الملاحظة غير العلمية.

هل تؤثر الفروق الفردية فى فعالية العقارات الطبية؟

تبين لنا فيما سبق كيف أن ١/٣ الأفراد الذين تناولوا البلاسيبو قد تأثروا به، كذلك فان المرضى يتأثرون بشخصية الطبيب المعالج ومن ثم يتغير تأثير العقار تبعاً لهذا.

لقد لوحظ أن هناك أناسا محتاجون في حجرة العمليات لجرعة أكبر من أثير التخدير عن غيرهم. وأن كمية قليلة من الخمر تجعل فرداً في حالة سكر بين. كذلك فإن العقاقير الطبية يصحبها دليل استخدام يحدد الجرعة للأطفال وللمراهقين والبالغين.

ولقد تناول إيزنك^(١) العلاقة بين شكل الاستجابة للعقاقير وخصائص شخصية الفرد. فقد ربط بين استجابة الفرد للعقاقير المنبهة والمهبطة وبعد الانطواء/ الانبساط وكذلك ربط بين هذا البعد وخصائص الجهاز العصبي المركزي.

والجهاز العصبي المركزي فيه عمليتان أساسيتان هما الإثارة والكف أن زاد المنبه في الجهاز العصبي المركزي كان الفرد أكثر ميلاً نحو قطب الانبساط حيث يحدث^(٢) كف سريع وقوى في الجهاز العصبي المركزي فتصبح المنبهات الفيزيائية الخارجية. والمنبهات الاجتماعية ذات تأثير أكبر على نشاط هذا الجهاز وأيضاً على اهتمامات الفرد وتفكيره.

وإذا زادت الإثارة^(٣) في الجهاز العصبي المركزي للفرد مال هذا الفرد إلى قطب الانطواء كذلك أضحى ميلاً للتأمل الداخلى وانخفض لديه أثر المنبهات الخارجية.

وللعقاقير أثر على سلوك الأفراد المرتفعون في قطبي الانبساط الانطواء فالمنبسطون تكون العقاقير المهبطة أكثر تأثيراً فيهم من العقاقير المنبهة حيث تكون أقل تأثيراً. بمعنى آخر فالانطوائيون أقل إستجابة للعقاقير المنبهة. Stimulating Drugs

(1) Eysenck.

(2) inhibition.

(3) Excitation.

ولقد حاولت دراسات متعددة التحقق من صحة هذا المرض فاستخدم اختبار للشخصية يقيس بعد الانبساط الانطواء لدى عينة كبيرة من الأفراد وبناء على الدرجات التي يحصلون عليها يقسمون إلى مجموعة مرتفعى الانطواء وأخرى مرتفعى الانبساط. ثم يعطى أفراد المجموعتين عقارا مبهأ مثل أحد مشتقات الامفيتامين، ويقاس بعد هذا آثار العقار على السلوك ذلك بالنسبة للوظائف النفسية - كالانتباه، والادراك والتعلم ثم يقارن بين المجموعتين لمعرفة مدى تأثير كل من أفراد المجموعتين بالنسبة لهذا العقار والتجربة قابلة للتكرار بطبيعة الحال مع استخدام أحد العقاقير المهبطة^(١) ودراسة أثر هذا العقار على سلوك أفراد المجموعتين.

وعلىنا أن ندرك أن هناك لاختلافا بين أنواع العقاقير المنبهة وبعضها وبين العقاقير المهبطة وبعضها أيضاً، وهذه بطبيعة الحال تؤثر تأثيرا متباينا على السلوك. كذلك فإن الجرعة يختلف تأثيرها من فرد لآخر.

هل تكفى العقاقير وحدها للشفاء من الاعراض النفسية؟

الثورة التي أحدثتها العقاقير الطبية فى مجال علاج الامراض النفسية تجعلنا نتساءل عما اذا كانت العقاقير وحدها هى القادرة على إعادة توافق الشخصية مع ظروفها المحيطة ويتم شفائها بها وحدها دون غيرها؟ الحقيقة أن استخدام العقاقير الملائمة للمريض وبالجرعات المناسبة وفى الوقت المناسب تؤدي بلا جدال إلى التخفيف من قسوة المرض كذلك إلى الشفاء من أعراضه. ولما كانت العقاقير تساعد المريض على إعادة بناء علاقاته مع بيئته شرط وجود من يساعده فى هذا إلى جانب الطبيب السيكياثرى. أى طبيب الأمراض النفسية فإن العقار يحث من القلق الشديد ومن الاتجاهات العدوانية

(1) Depressant Druge.

نحو الذات أو نحو الآخرين كذلك فهي توقف الفرد ونعطيها الفرصة أن يستفيد من علاقاته بالآخرين. ومع هذا نقول أن العقاقير وحدها لا تحقق الشفاء المطلوب كاملاً في مجال الأمراض النفسية.

فبعد تحسن الأعراض^(١) نتيجة استخدام العقاقير تأتي فرصه العلاج النفسى^(٢) بشكله المناسب والذي يساعد المريض فى إعادة تقييمه لسلوكه واتجاهاته نحو ذاته ونحو الآخرين الأمر الذى يشير إلى أن كلا من العلاج بالعقاقير والعلاج النفسى لا يغيران من الشخصية بل يساعدان على عودتهما إلى ماكانت عليه قبل المرض بشكل قريب جداً وبذلك يقبل الشخص شخصيته التى تكونت من العوامل الوراثية والبيئية معا.

العقاقير النفسية وأنواعها وتأثيراتها المختلفة:

أصبح هناك الآن عدداً من العقاقير ذات الأثر النفسى منها ما يستخدم فى الأغراض العلاجية ومنها ما يستخدم فى نواح أخرى غير علاجية وغير طبية. وللعقاقير ذات التأثير النفسى تصنيفات منها ما هو مبنى على الاستخدامات الكليينكية والآخر قائم على النمط العام للتأثير السلوكى.

فالعقاقير المضادة للقلق وللذهان هى مشتقات الفينوثيازين واشباه القلويدات روالفيا.

وهناك عقاقير مثبطة للحالة المزاجية، وهذه هى المنبهات المباشرة وغير المباشرة، كذلك هناك أيضاً عقاقير هى منبهات للجهاز العصبى المركزى، وأيضاً هناك المهدئات والمنومات وعقاقير التخدير. هذا إلى جانب أن هناك عقاقير لمحاكاة المرض العقلى.

(1) Symptoms.

(2) Psychotherapy

ومن أفضل مشتقات الفينوثيازين عقار Chpromazine الذى كان أول ما استخدم فى مجال الطب النفسى وهذا العقار إلى جانب أنه مهدئ فهو ذا تأثير بالغ فى نشاطات الجهاز العصبى فتجربته على الحيوانات بينت كيف أنه يحدث انخفاضا فى النشاط الحركى التلقائى ويعتمد هذا التأثير على مقدار الجرعة على أن الجرعات الكبيرة من العقار لا تؤدي إلى النوم. وإن كان العقار يؤدي إلى خفض السلوك العدوانى لدى الحيوانات ويزيد من السلوك الإجتماعى لديها.

ومشتقات الفينوثيازين تؤثر على الاستجابات الشرطية المتعلمة كذلك فانها تؤثر على الوظائف الحركية عند الإنسان وتؤدي إلى خفض مستوى الأداء فى المهام العقلية حيث تظهر بعض الآثار الجانبية لهذه التغيرات.

ولقد تبين أيضاً من استخدام مشتقات هذا العقار للتفاعل بينه وبين شخصية المريض كذلك تبين فى حالة مرض الفصام الذين عولجوا بهذا العقار أن هناك تحسناً فى حالتهم وفى ذاكرتهم بالذات إلى جانب تحسن أعراض التوتر النفسى وبطء الكلام والحركات إلى جانب الأعراض الأخرى للتوتر وزيادة الاعتماد على الذات.

ومن العقاقير التى تؤدي إلى اتزان الحالة الوجدانية درست مشتقات الامفيتامين فتبين انها تستخدم فى علاج حالات السمّة وإن الجرعات المعتدلة من البنزدين تؤدي إلى زيادة سرعة زمن الرجوع فى حركات الشخص شريطة أن لا يحتاج هذه الحركات إلى التفكير العقلى بينما هذه الجرعة لو ضوعت (٢٠ مجم) فانها تبطء من هذه الحركات كذلك فإن الامفيتامين يقلل من الاحساس بالتعب والاجهاد بينما لا يؤدي التحسن فى الوظائف المعرفية المعقدة ويجعل الأفراد أقل دقة فى تقدير الزمن. ويؤدي الامفيتامين

إلى اليقظة وارتفاع الحالة المزاجية وزيادة الحركة هي الكلام ويصعب على الفرد التركيز ويشعر بالزهو والنشوة وعقب انتهاء معوله يشعر الفرد بالانقباض. والفرد الذى يتعاطى الامفيتامين يعتاد الادمان ومن ثم يميل إلى زيادة الجرعة التى يتناولها كلما مر عليه الوقت فى استخدام هذا العقار

ومن أهم المنومات حامض البارترك ومن اثارها انها تهبط من عمل قشرة المخ وعمل مراكز التنفس بالمخ وتخفف درجة حرارة الجسم وعمليات الأيض، والكميات الكبيرة تؤدي إلى هبوط وشلل فى مراكز التنفس ومن مخاطرها الادمان والرغبة التدريجية فى زيادة الجرعة الأمر الذى يؤدي إلى ظهور أعراض مرضية. وهذه العقاقير أيضاً تزيد من الانبساط والزهو النفسى ومن علاقة الفرد بالبيئة.

والفرد تحت تأثير الامورباريتال تقل لديه سرعة النقر بالاصابع وسرعة زمن الرجوع وتأزر اليدين وثبات الجسم عند الوقوف. والجرعات المتوسطة تحسن الأداء بينما الصغيرة منها والكبيرة تؤدي إلى أضعاف مستوى الأداء. ويمكن القول أيضاً أن الوظائف الإدراكية تتأثر بهذا العقار فينخفض الأداء على بعض الاختبارات الإدراكية.

عقار ل. س. دى ٢٥

هناك كثير من الأقوال والكتابات عن العقاقير التى لو تناولها الفرد لأدت به إلى ضروب من السلوك تشبه تلك التى يقتربها الذهاني الحقيقى كالانفعالات الشديدة والهلاوس وضعف الذاكرة وصعوبة التركيز وفقدان الانية: Loss of identity.

وبالنسبة لعقار الهلوسة فقد تبين أن متعاطيه يصاب بعدم استقرار الحركة وبالذوار وبالتشاطر الشديد للخيال والصور الخيالية الغريبة فى مرونيتها وحيويتها، وتشوه الإدراك والشعور بثقل الجسم وصعوبة حركته. واختلال

الإدراك السمعى وصعوبة الحديث، وخیالاته التى یراها والتى هى فى نظره حقائق لا تقبل الشك.

ولقد قامت دراسات لبحث اثار هذا العقار على نشاط الجهاز العصبى وعلى عمليات الهدم والبناء^(١) وعلى سلوك الإنسان والحيوان.

وقد قامت الدراسات الحسية والإدراكية بالتركيز على دراسة تأثير العقار على الوظائف البصرية. فتبين أن هناك انخفاضاً فى القدرة على التمييز بين الألوان كما تتداخل فئات الاحساس السمعية والبصرية. وتزيد القابلية للإحياء، والتفكير المجرد تحت تأثير هذا العقار يتعطل وتقل قدرة الفرد على التركيز والتذكر وتنخفض القدرة على الأداء فى اختبارات الذكاء وتشوه إدراك الزمن.

المسكالين Mescaline

عرف الهنود الحمر فى أمريكا نبات الكاكتوس الذى يستخرج منه المسكالين الذى يحدث لمتعاطيه حالة من الاسترخاء الجسمى واصبابته بهلوس بصرية^(٢) تشبه تلك التى يشاهدها مريض الفصام وقد افترض أن مادة المسكالين هى المسئولة عن ظهور الفصام.

(1) Metabolism.

(2) Auditory Hallucinations.

المراجع العربية والأجنبية

المراجع العربية

- ١- د. أحمد عزت راجح (١٩٦٥)، الأمراض النفسية والعقلية أسبابها وعلاجها وأثارها الاجتماعية، ط ١، القاهرة، دار المعارف.
- ٢- د. أحمد عبد العزيز سلامة، مقالة مترجمة عن «الصرع» بقلم ريتشارد سون.
- ٣- د. أحمد عكاشة (١٩٨٠)، علم النفس الفسيولوجي، ط ٥، القاهرة، دار المعارف.
- ٤- د. أحمد عكاشة (١٩٦٩)، الطب النفسي المعاصر، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.
- ٥- ب. م. فوس (١٩٦٦)، آفاق جديدة في علم النفس، ترجمة د. فؤاد أبو حطب، القاهرة عالم الكتب.
- ٦- د. سليمان الريحاني (١٩٨١)، التخلف العقلي، الأردن، الجامعة الأردنية.
- ٧- د. عماد الدين سلطان (١٩٨٠)، الطب النفسي، القاهرة، دار النهضة العربية.
- ٨- د. عباس محمود عوض (١٩٨٠)، في علم النفس الاجتماعي، بيروت، دار النهضة العربية.
- ٩- د. عباس محمود عوض (١٩٨٥)، مدخل إلى الأسس النفسية والفسيولوجية للسلوك، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية.
- ١٠- ف. هـ. منزام (١٩٦٦)، الأساس الجسماني للشخصية، ترجمة د. محمد عبد الحافظ حلمي محمد، القاهرة، مركز كتب الشرق الأوسط.
- ١١- د. كمال دسوقي (١٩٧٤)، علم الأمراض النفسية، التصنيفات والأعراض لمرضية، بيروت دار النهضة العربية.

- ١٢- د. محمد طلعت، علم وظائف الأعضاء، القاهرة مكتبة الأنجلو المصرية.
- ١٣- منظمة الصحة العالمية (١٩٧٨)، ارتفاع ضغط الدم الشرياني، التقرير رقم (٦٢٨) الإسكندرية.
- ١٤- د. محمد فرغلى وآخرون (بدون تاريخ)، السلوك الإنسانى، نظرة علمية، القاهرة، دار الكتب الجامعية.
- ١٥- د. محمد فرغلى فراج (١٩٧٤)، الحياة النفسية، القاهرة، دار الكتب الجامعية.
- منظمة الصحة العالمية، تقرير فنى عن ارتفاع ضغط الدم الشريانى (٦٢٨)، ١٩٧٨.
- ١٦- د. وليم الخولى (١٩٧٦)، الموسوعة المختصرة فى علم النفس والطب العقلى، القاهرة، دار المعارف.
- ١٧- د. يوسف مراد (١٩٨٢)، مبادئ علم النفس العام، ط ٨، القاهرة، دار المعارف.

المراجع الأجنبية

المراجع الأجنبية

- 1 Donald S Blough & Patricia McBride Blough., Experiments in psychology. Laboratory Studies of Animal Behaviour. Rinehart & Winslow, Inc., New York, 1964.
ترجمة: عباس محمود عوض (١٩٩٧)
- 2- Dougal Mackay, clinical Psychology, Theory & therapy, Methuen & Cold, London, 1975.
ترجمة: عباس محمود عوض (١٩٩٨).
- 3- Eysenck, H.J., Sense & Nonsense in Psychology, Middlesex: Penguin Books, 1960.
- 4- Foss, Brain, N. (Ed.), New Horizons in Psychology, Penguin Books, 1966.
- 5- Laidlaw, M. V. & Laidlaw, John, Epilepsy Explained, Longman Group Limited, 1980.
- 6- Philip Teitelbaum, Physiological Psychology, Prentice-Hall, Inc., New Jersey, 1967.
- 7- Richard M. Swinn: Fundamentals of Behaviour Pathology, New York, 1968.
ترجمة د أحمد عبد العزيز سلامة.

ملحق بمصطلحات علم النفس الفسيولوجي

A

Abducent nerve	العصب المبعد (الدماغى السادس)
Absorption	إمتصاص
Acquired	مكتسبة
Acromegaly	أكروميغالى (زيادة إفراز النخامية)
Adrenal gland	الغدة الكظرية - الغدة الأدرينالية
Agnosia	فقد القدرة على الإدراك
Alimentary system	الجهاز الهضمى
Amnesia	فقد الذاكرة
Anal stage	المرحلة الشرجية
Anatomy	تشريح
Androgens	هرمونات ذكورة
Approximation	تقارب
Arteries	شرايين
Arteriosclerosis	تصلب الشرايين
Asthenic	واهن
Atrophy	ضمور
Auditory nerve	العصب السمعى (الدماغى الثامن)
Auditory receptive center	مركز الاستقبال السمعى
Autonomic nervous system	الجهاز العصبى الذاتى أو اللاإرادى

B

Biology	علم الأحياء
Blood vessels	أوعية دموية
Bone - marrow	نخاع العظام
Brain stem	جذع المخ

C

Cancer	سرطان
Cardiovascular system	الجهاز القلبي الوعائي
Catabolism	عملية الهدم
Cell	خلية
Central nervous system	الجهاز العصبي المركزي
Cerebellum	المخيخ
Cerebral Cortex	قشرة المخ
Cerebral hemispheres	أنصاف الكرة المخية
Cerebrospinal fluid	السائل المخي الشوكي
Cerebrum	مقدم المخ
Cervical vertebrae	الفقرات العنقية
Chromosomes	العصبنيات
Circulatory system	الجهاز الدوري
Colour blindness	عمى الألوان
Conation	نزوع

Constructiveness	إنشاء
Contraction	انقباض
Cornea	القرنية
Cranial cavity	التجويف الدماغى
Cranial nerves	الأعصاب الدماغية

D

Defaecation	التبرز
Dementia praecox	العتة المبكر
Dendrites	الشجيرات
involutional	سن اليأس
Diabetes mellitus	سكر الدم
Digestive system	الجهاز الهضمى
Disorientation	عدم معرفة الزمان والمكان
Dizziness	الدوار
Drive	الحافز
Dysmnestic	إضطراب الذاكرة

E

Ear drum	طبلة الأذن
Elastic fibres	الألياف المرنة
Electroencephalography	رسم الدماغ الكهربائى

Endocrinology	علم الغدد الصم
Endocrine system	جهاز الغدد الصماء
Eunuch	الخصى
Extinction	إنطفاء
Eye-pupil	حدقة العين

F

Faeces	براز
Frontal lobes	الفص الجبهى

G

Gallbladder	المرارة
Gastrointestinal tract	القناة المعوية المعوية
Genes	المورثات
Gestation Period	فترة الحمل
Gigantism	عملقة
Goiter	تضخم الدرقية
Gonadotrophins	الهرمونات الحافزة للتناسل
Grand mullfits	نوبات الصرع الكبيرة
Grey matter	المادة الرمادية
Growth hormone	هرمون النمو
Gyric convolutions	تلافيف المخ

H

Heredity	وراثة
Higher centers	مراكز علياً
Hyperthyroidism	زيادة إفراز الدرقية
Hypothalamus	المهاد أو السرير التحتاني

I

Insulin shock	صدمة الأنسولين
---------------	----------------

M

Manipulation	مهارة اليد
Menstrual cycle	الدورة الطمثية
Mental deficiency	نقص عقلي
Midbrain	المخ المتوسط
Middle ear	الأذن الوسطى
Motor nerve tracts	المسارات العصبية الحركية
Motor neurones	الخلايا العصبية الحركية
Muscle fibres	الألياف العضلية
Muscular tissue	النسيج العضلي

N

Narcolepsy	عشوات نومية صرعية
------------	-------------------

Nervous impulses	التبضّات أو السيلات العصبية
Nervous tissue	النسيج العصبى
Neurone	الخلية العصبية

O

Oestrogen	أحد هرمونات الأنثى
Olfactory nerve	العصب الشحى (الدماغى الأول)
Optic nerve	العصب البصرى
Optic pathway	المسار البصرى
Ovary	بييض
Ovum	بويضة

P

Parathyroid glands	الغدد المجاورة للدرقية
Parietal lobes	الفصوص الجدارية
Penis	القضيب
Peripheral nervous system	الجهاز العصبى الطرفى
Pineal gland	الغدة الصنوبرية
Pituitary gland	الغدة النخامية
Pons	القنطرة
Pregnancy	الحمل
Psychogalvanic reflex	الإنعكاس السيكو-جلفانى

Psychological medicine
 psychomotor epilepsy
 Psychotherapy

الطب النفسى
 الصرع النفسى الحركى
 علاج نفسى

R

Recall
 Relaxation
 Reproductive system
 Respiratory system
 Reticular system

إستدعاء
 استرخاء
 الجهاز التناسلى
 الجهاز التنفسى
 الجهاز الشبكى

S

Salivary glands
 Sense of sight
 Sense of taste
 Sensory nerve tracts
 Sensory neurones
 Sensory receptors
 Sex cells
 Spinal cord
 Spinal nerves
 Spinal roots

الغدد اللعابية
 حاسة البصر
 حاسة التذوق
 المسارات العصبية
 الخلايا العصبية الحسية
 المستقبلات الحسية
 الخلايا الجنسية
 الحبل الشوكى
 الأعصاب الشوكية
 الجذور الشوكية

Stream	مجرى
Suprarenal gland	الغدة فوق الكلوية
Sweat glands	الغدد العرقية
System	جهاز

T

Thalamus	المهاد - السرير
Thymus	الغدة الصعترية
Thyroid gland	الغدة الدرقية
Thyrotoxicosis	زيادة إفراز الدرقية
Tonsils	اللوزتان

U

Uterus	الرحم
--------	-------

V

Vagus nerve	العصب الحائر
Visceral brain	المخ الحشوي
Voluntary muscles	عضلات إرادية

فهرس الكتاب

الصفحات

٥	مقدمة
٧	الفصل الأول: مناهج البحث فى علم النفس الفسيولوجى
	الفصل الثانى: العوامل البيولوجية والفسيولوجية المساهمة فى
١٧	بناء الشخصية
٣٥	الفصل الثالث: الجهاز العصبى
٧٩	الفصل الرابع: تحليل السلوك
٩٥	الفصل الخامس: التركيب التطورى للسلوك
١٠٩	الفصل السادس: الإنفعال
١٢١	الفصل السابع: النشاطات النفسية الفسيولوجية
١٢٩	الفصل الثامن: بعض الأمراض ذات التأثيرات النفسية والفسيولوجية
١٣٩	الفصل التاسع: الصرع
١٨٥	الفصل العاشر: التخلف العقلى
٢١١	الفصل الحادى عشر: العقاقير الطبية وآثارها السلوكية والنفسية
٢٢٥	المراجع العربية والأجنبية
٢٣٣	ملحق بمصطلحات علم النفس الفسيولوجى
٢٤١	الفهرس

